

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1896

THÈSE

183

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 mars 1896, à 1 heure

Par HERMAN CLAMOUSE

Né à Vabres (Aveyron) le 22 mars 1867.

Ancien interne provisoire des hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

RECTITE CHRONIQUE HYPERTROPHIQUE

Président : M. S. DUPLAY, professeur.

*Juges : MM. { HUTINEL, professeur.
NÉLATON, HARTMANN, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1896

183

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554029_0036

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

— THÈSE —

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 mars 1896, à 1 heure

Par HERMAN CLAMOUSE

Né à Vabres (Aveyron) le 22 mars 1867.

Ancien interne provisoire des hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

RECTITE CHRONIQUE HYPERTROPHIQUE

Président : M. S. DUPLAY, professeur.

*Juges : MM. { HUTINEL, professeur.
NÉLATON, HARTMANN, agrégés.*

*Le Candidat, répondra en outre, aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

—
1896

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBENE.
	STRAUS.
	G. SEE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAUD.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.
Professeurs honoraires.	
MM. SAPPEY, PAJOT.	
Agrégés en exercice.	

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WAETHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	REITTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE ET A MA GRAND'MÈRE

*Faible témoignage de ma reconnaissance et de
mon affection.*

A MON AMI L. ARLES

A M^{rs} MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPLAY

Professeur de la Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet de ce travail, nous saisissons avec empressement l'occasion de remercier nos maîtres dans les hôpitaux de Paris.

M. Delbet nous a suggéré l'idée de cette thèse, nous en a fourni les premiers éléments et a bien voulu nous aider de ses conseils. Nous ne saurions trop lui exprimer notre gratitude pour sa bienveillance et pour les leçons qu'il nous a données au commencement de nos études.

Nous avons toujours trouvé un excellent accueil auprès de nos maîtres dans les hôpitaux. Parmi les médecins, nous devons remercier MM. Guyot, Moizard, Dariér, Danlos, Thibierge et Bèclère, de l'intérêt qu'ils nous ont porté. MM. Delens, Rochard et Sébileau, parmi les chirurgiens, nous ont toujours témoigné de la sympathie ; nous sommes heureux de leur exprimer notre reconnaissance, ainsi qu'à M. Porak, accoucheur des hôpitaux.

MM. Lucas Championnière, Walther, Demoulin, Lejars, Cazin, nous ont donné de précieuses indications sur certains malades, qu'ils veuillent bien agréer nos plus sincères remerciements.

Nous n'aurions garde d'oublier l'amabilité avec laquelle MM. Wiart, Branca, Funck-Brentano, Martin et Descazals, internes des hôpitaux, ont bien voulu nous fournir des renseignements.

Deux des observations rapportées ont été recueillies dans le service de M. le professeur Duplay dont nous avons été l'élève. A ces titres, à notre gratitude, l'éminent Professeur de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu a bien voulu joindre celui de président de notre thèse. Nous ne saurions trop le remercier de ce grand honneur qu'il nous fait et de cette nouvelle preuve de sa haute bienveillance.

RECTITE CHRONIQUE

HYPERTROPHIQUE

CHAPITRE I

HISTORIQUE ET DÉTERMINATION DU SUJET.

Les anciens auteurs, sous les noms de *squirrhosités*, de *fungus*, ont confondu toutes les productions morbides du rectum. Toutefois ils savaient que certains de ces néoplasmes étaient incurables, tandis que d'autres pouvaient, sinon guérir, être réduits à l'état d'incommodités compatibles avec l'existence.

Valsalva et Morgagni (1) prescrivaient le traitement anti-vénérien dans certaines formes de « *squirrhosités du rectum* ».

1. Morgagni. *De sedibus et causis morborum*. Traduction franç., de Destouet. Lettre 32, page 227.

Desault (1) insiste sur certains rétrécissements « très fréquents à son époque » et pense qu'ils sont de nature syphilitique. Lisfranc et son élève Pinault (2) décrivent le cancer du rectum mais confondent avec lui des rétrécissements d'autre nature. Le rétrécissement dit syphilitique a été isolé et magistralement décrit par Gosselin (3) en 1854.

Depuis cette époque tous les auteurs ont décrit à part un rétrécissement cylindrique de l'extrémité inférieure du rectum, sur la nature duquel on discute encore. Uniquement préoccupés par la question de pathogénie, les auteurs s'appesantissent sur l'infiltration et l'induration des parois rectales, mentionnant à peine ou passant sous silence les végétations dont s'accompagnent, dans la majorité des cas, les rétrécissements du rectum dits syphilitiques.

M. le professeur Fournier (4) signale des tumeurs périanales, mais les *condylomes*, comme le rétrécissement lui-même, sont, d'après cet auteur, des productions de nature syphilitique. Ils résultent de ce que « l'hyperplasie morbide rencontrant à l'anús une région à plicatures froncées, prend une forme appropriée à cette disposition anatomique spéciale ». M. Hamonic (5) s'inspirant de l'observa-

1. Desault. *Œuvres chirurgicales*, tome II.

2. Pinault. *Dissertation sur le cancer du rectum*. Thèse de Paris, 1829.

3. Gosselin. *Archives générales de médecine*, décembre 1854, page 666 et suivantes.

4. Fournier. *Leçons sur la syphilis tertiaire*. Paris, 1875, p. 13.

5. Hamonic. Thèse de doctorat, Paris, 1885-1886.

tion de Rognetta (1), « *sur les verrues de l'intestin rectum* », des recherches d'Esmarch et Curling, sur les « *tumeurs villeuses du rectum* », et de l'étude clinique de M. Reclus (2) *sur le molluscum fibreux ano-rectal*, décrit la *rectite proliférante vénérienne et non-vénérienne*. Pour cet auteur il est probable « que certains condylomes ano-rectaux doivent être rattachés à la rectite proliférante ». Il refuse toute relation à la maladie qu'il décrit avec le rétrécissement syphilitique.

Cependant l'observation attentive des malades montre, chez la plupart d'entre eux, la coexistence des végétations et du rétrécissement. M. Desprès (3) a observé « des condylomes rectaux ». D'après M. le professeur Tillaux, « le rétrécissement du rectum présente deux caractères cliniques qui sont pour moi presque pathognomoniques ; une rectite granuleuse (proliférante d'Hamonic) avec infiltration des parois précédant le rétrécissement, puis la formation en entonnoir de la portion rétrécie (4) ». MM. Delbet et Mouchet (5), se basant sur l'étiologie, la clinique et les lésions histologiques, analogues dans la rectite proliférante et certains cas de rétrécissement du rectum, décrivent « *la rectite hypertrophique proliférante et sténosante* ». « La coexistence de nombreuses saillies papillomateuses et du rétrécissement nous porte à croire que l'affection décrite par Hamonic ne possède pas, à propre-

1. Rognetta. *Gazette des hôpitaux*, 18 juin 1836, page 385.

2. Reclus. *Arch. gén. méd.*, septembre 1885.

3. Desprès. *Chirurgie journalière*, Paris 1877, p. 384.

4. Tillaux. *Cliniques chirurgicales*, Tome II, p. 652. Paris, 1891.

5. Mouchet et Delbet. *Arch. gén. méd.*, novembre 1893, p. 522.

ment parler, d'individualité nosologique, et cela d'autant que les lésions histologiques signalées par Hamonic, ressemblent de tous points à celles que nous avons observées dans notre cas de rétrécissement ».

M. le professeur Duplay (1) à propos de la malade dont nous rapportons l'observation (Obs. II), disait : « La rectite proliférante décrite par Hamonic, est caractérisée par des verrucosités de volume variable. Cette forme est comparable à celle que nous observons chez notre malade, sauf que dans les cas d'Hamonic il n'y a pas de rétrécissement ».

Ce travail est basé sur neuf observations nouvelles dans huit cas, végétations et rétrécissement coïncident, parfois à un degré très marqué ; chez un malade (Obs. V) les végétations ont fait leur apparition bien après le rétrécissement. Nous avons relu un grand nombre d'observations, dans presque toutes les deux productions sont signalées.

Dans ce travail, nous désirerions établir que rectite proliférante et rétrécissement dit syphilitique, non seulement coexistent dans la majorité des cas, mais qu'ils sont la conséquence des mêmes processus morbides, s'accompagnent des mêmes lésions et relèvent d'une thérapeutique semblable.

Le titre de *rectite chronique hypertrophique* que nous adoptons, après MM. Delbet et Mouchet, nous paraît ainsi justifié. Sans rien préjuger de la nature multiple de l'affection, il permet de rapprocher deux formes morbides qui nous paraissent être l'expression symptomatique variable de lésions anatomiques de même ordre.

1. Duplay, *Journal des praticiens*, septembre 1894, page 291.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE.

La *rectite chronique hypertrophique* est une affection relativement rare. Elle est incontestablement plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Réunissant les diverses statistiques citées par MM. Quénu et Hartmann (1) et y ajoutant quelques autres relevés, nous trouvons :

Quénu et Hartmann	222 femmes	63 hommes
Lefort, Fort et Newman.	14 »	1 »
Hamonic	4 »	5 »
Cas que nous rapportons	7 »	2 »
Totaux.	247	71

Sur un total de 318 cas, nous comptons 247 femmes et 71 hommes, c'est-à-dire que la femme est près de quatre fois plus sujette que l'homme à cette maladie. Juliusburger trouve 103 femmes contre 15 hommes, c'est la proportion à laquelle était arrivé Desault, mais Kelsey estime que cette prédominance est loin d'être aussi grande.

La variété et la nature de la rectite semblent influencer sur cette prédominance du sexe féminin.

1. Quénu et Hartmann. *Chirurgie du rectum*. Paris, 1895.

Hamonic, sur 9 malades affectés de rectite proliférante, trouve 4 femmes et 5 hommes. Sur les 8 cas de rétrécissement tuberculeux rapportés par M. Sourdille (1), il y a 4 femmes et 4 hommes.

La rectite chronique hypertrophique est une affection de l'âge moyen de la vie. Son maximum de fréquence est entre 20 et 40 ans. Verneuil (2) l'a constatée chez un homme de 68 ans, nous rapportons l'observation d'une malade âgée de 50 ans (Obs. II), et M. Sourdille cite une malade affectée à 15 ans de rétrécissement tuberculeux.

Dans l'état actuel de nos connaissances, la rectite chronique hypertrophique, quelle que soit la variété, doit être rattachée à trois causes : l'inflammation, la tuberculose et la syphilis; au sujet de cette cause nous ferons plus loin certaines restrictions, mais nous l'admettons pour la commodité de l'exposition du sujet.

I. — La rectite chronique hypertrophique succède fréquemment à des affections vénériennes.

En première ligne signalons les rapports contre nature, on les trouve mentionnés dans un grand nombre d'observations, malgré la difficulté d'obtenir des aveux de la part des malades. Tous les auteurs qui se sont occupés de la question incriminent cette cause. Dionis (3), raconte « qu'on entretient à Rome un hôpital pour y traiter les

1. Sourdille. *Arch. gén. méd.*, juillet 1895, page 50.

2. Verneuil. *Bulletin Académie de médecine*, décembre 1894, page 522.

3. Dionis. *Cours d'opérations de chirurgie*, 4^e édition, Paris 1740, page 498.

malades affectés de fungus malin enraciné dans le rectum. J'ai vu ces malheureux auxquels on n'épargne ni le fer, ni le feu, et les cris qu'ils font lorsqu'on les panse ne touchent point de pitié ni le chirurgien ni les assistants; parce que ce mal est une suite du commerce infâme qu'ils ont eu avec les hommes. »

D'après Trélat (1) « on note très souvent des habitudes de sodomie dans les antécédents des malades..., et j'en arriverai facilement à croire que cette irritation répétée amène au point traumatisé l'éclosion de la néoformation syphilitique. »

Dans une leçon clinique M. le professeur Duplay (2), ajoute : « les rapports contre nature sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense principalement chez la femme. »

Ces derniers paraissent surtout agir lorsqu'ils s'accompagnent de blennorrhagie recto-anale. « Les rapports anti-physiques sont aussi des causes des rétrécissements du rectum..... Ces derniers surviennent surtout lorsque le coït a donné lieu à une blennorrhagie anale (Vidal de Cassis) (3). »

M. le professeur Duplay insiste sur cette cause. « Les rectites succédant à la blennorrhagie anale résultent des rapports contre nature..., il se peut aussi que la contamination du rectum soit consécutive à l'écoulement des liquides vaginaux.

1. Trélat. *Cliniques chirurg.*, Tome III, page 316.

2. Duplay. *Semaine médicale*, novembre 1892, page 641.

3. Vidal de Cassis. *Traité de pathol. rect.* Tome IV, page 472.

Rollet (1) a vu la rectite survenir chez un homme par transport avec le doigt du pus de l'urèthre au niveau de l'anus.

D'après MM. Quénu et Hartmann (2) « la blennorrhagie ano-rectale semble pouvoir provoquer des rétrécissements bien qu'il n'existe pas d'observation absolument probante, mais tout nous porte à croire que la blennorrhagie peut déterminer ici des lésions analogues à celles qu'elle entraîne du côté de l'urèthre ». Hamonic insiste sur l'importance étiologique des rapports contre nature et de la blennorrhagie dans la rectite proliférante.

Toutes les causes capables de déterminer une inflammation rectale violente peuvent secondairement s'accompagner de rectite chronique hypertrophique. C'est ainsi qu'agiraient la constipation opiniâtre, l'abus des purgatifs surtout drastiques, les hémorroides enflammées, les déviations et tumeurs utérines et bien d'autres causes qu'il serait trop long d'énumérer.

Le dysentérie a été souvent incriminée comme cause de sténose rectale. Les chirurgiens Américains (3) la reculent pour la plupart. En France M. le professeur Cornil rejette l'existence du rétrécissement dysentérique. D'après cet auteur la dysentérie provoquerait plutôt une dilatation qu'une sténose de l'intestin. Si on a exagéré la

1. Rollet. *Dict. Dechambre*, article *Anus*.

2. Quénu et Hartmann. *Chirurgie du rectum*, page 75.

3. Woodward. *In the medical and surgical history of the war of the rebellion Part. med.* Tome II, page 504; Mathews. *A treatise on diseases of the rectum*, 1883, Tome II, page 337.

fréquence des rétrécissements dysentériques il existe pourtant quelques observations probantes, comme celles de Ballance (1), de Castex (2), Quénu et Hartmann (3).

D'après ces deux derniers auteurs « il s'agirait bien rarement de cicatrisation d'ulcérations dysentériques, mais probablement la dysentérie serait le point de départ d'une rectite vulgaire, qui comme beaucoup d'autres rectites, une fois passée à l'état chronique, serait suivie d'un épaissement, d'une infiltration des parois rectales et ultérieurement d'un rétrécissement ».

La diarrhée de Cochinchine d'après M. Hamonic n'agirait pas autrement. On pourrait expliquer de là même façon le rôle des entérites, quelle que soit leur nature.

II. — La syphilis est signalée dans un grand nombre d'observations de rectite chronique hypertrophique. D'après Poelchen cette diathèse est certaine dans 43 0/0 des cas. Juliusburger trouve 56 0/0 des malades présentant des antécédents sûrs de syphilis (4).

Voici un relevé d'un certain nombre des cas de rétrécissements du rectum au point de vue des antécédents spécifiques.

1. Ballance, *Lancet London*, 1883, Tome I, page 337.
2. Castex, *France médicale*, 1881. Tome I, page 193 et 216.
3. Quénu et Hartmann. *Chirurgie du rectum*. Obs. 65, page 293.
4. In Quénu et Hartmann. *Chir. rectum*, page 292.

Godebert sur	67 cas	a retrouvé	43 fois la syphilis.
Jacquinet.	19	»	9 »
Quénu et Hartmann . . .	21	»	8 »
Hamonic	9	»	3 »
Newmann et A. Fort . . .	14	»	2 »
Gauran	9	»	3 »
Mouchet et Delbet. . . .	4	»	0 »
Cas rapportés.	9	»	3 »

Sur ce total de 152 cas la syphilis est mentionnée 73 fois dans les antécédents des malades. Ce qui nous donne une proportion de 48 0/0 de syphilitiques. On comprend dès lors qu'en présence de cette proportion énorme de malades ayant eu des accidents spécifiques, les auteurs aient incriminé la vérole comme cause du rétrécissement du rectum.

Sans discuter ici la brillante hypothèse du *syphilôme ano-rectal* que nous aborderons en parlant de la pathogénie, voyons comment agit la syphilis dans la production de la rectite chronique hypertrophique.

Gosselin (1) le premier essaya d'élucider cette pathogénie. Pour lui le rétrécissement dit syphilitique « survient à la suite d'une inflammation toute spéciale qui s'est développée autour du chancre et s'est propagée au-dessus de lui à une certaine hauteur. Cette inflammation suppurative dans la portion sphinctérienne est devenue hypertrophique à la jonction des portions sphinctérienne et ampullaire, exulcéreuse dans celle-ci. »

1. Gosselin, *Archives Génér. méd.*, décembre 1854, page 687.

D'après M. Desprès (1) « on peut poser cette loi que les rétrécissements non traumatiques sont le plus souvent le résultat de lésions phagédéniques de l'anūs et du rectum, non soignées. »

M. le professeur Fournier a objecté « que le chancre qu'il soit phagédénique ou non, est une lésion par trop superficielle pour provoquer le rétrécissement du rectum (2). Les plaques muqueuses phagédéniques n'existent pas et les lésions décrites par Desprès sous ce nom sont des syphilides ulcéreuses, c'est-à-dire un accident tardif de la période secondaire ou du début de la période tertiaire. »

Ces lésions bien qu'exceptionnelles existent cependant, comme le prouvent les trois observations rapportées par Barœnsprug et les deux observations de MM. Quénu et Hartmann (3).

Mais avec MM. Delbet et Mouchet (4) nous concèderons « que si la cicatrisation de ces ulcérations peut réellement provoquer une sténose rectale, il s'agit alors d'un rétrécissement cicatriciel bien différent du rétrécissement dit syphilitique aux points de vue clinique et anatomo-pathologique. »

Par contre nous dirons avec M. le professeur Duplay (5) : « Il se pourrait, comme Gosselin l'avait admis, que

1. Desprès. *Arch. Gén. méd.* Mars 1866, page 270.

2. Fournier. *Syphilis tertiaire*. Paris, 1875, page 29.

3. Quénu et Hartmann. *Chirurgie du rectum*, Obs. VIII et XII, pages 83 et 92.

4. Delbet et Mouchet. *Archives gén. méd.*, décembre 1893, page 519.

5. Duplay. *Semaine médicale*, novembre 1892, page 641.

la syphilis jouât un rôle dans la genèse de la coarctation en déterminant une phlegmasie chronique des parois rectales à la suite de chancres et plus souvent de plaques muqueuses de l'an us et du rectum. »

L'existence des chancres indurés du rectum est aujourd'hui démontrée. Perceau (1) en rapporte quatre cas. Hartley (2) en a cité un cinquième. Dans tous ces cas la lésion vénérienne a été accompagnée d'une violente rectite provoquée par le chancre et qui en elle-même n'avait rien de spécifique. Buren (3) et Mollière (4) admettent l'existence de plaques muqueuses rectales, l'inflammation dont elles s'accompagnent peut être invoquée comme cause de coarctation.

Les chancres indurés et les plaques muqueuses de l'an us sont pour ainsi dire d'observation journalière, et le plus souvent disparaissent sans laisser de traces.

Dans certains cas ces lésions s'accompagnent d'une inflammation de voisinage parfois excessivement intense.

Nous avons souvenir de deux malades observés à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Darier en septembre et décembre 1894. Dans le premier cas le malade présente une roséole des plus nette et des plaques muqueuses buccales. Il se plaint surtout de troubles de la défécation, et de douleurs violentes du côté de l'an us. On cher-

1. Perceau. Thèse de Paris, 1893-1894, page 110.

2. Hartley. In *Helsey*. Quenu-Hartmann, page 81.

3. Buren. *Lectures upon diseases of the rectum*, London, 1888. page 243.

4. D. Mollière. *Traité des maladies du rectum*, Paris, 1887, page 641.

che vainement l'accident primitif ; M. Darier examine l'anüs il est infundibuliforme, pratique le toucher rectal et à la partie postéro-inférieure de la région sphinctérienne perçoit une surface ulcérée à base indurée qu'il estime être le chancre infectant.

Dans le deuxième cas il s'agit d'un jeune homme de 17 ans qui se plaint d'un écoulement anal muco-purulent continu. La défécation est très douloureuse, les matières sont recouvertes de muco-pus, et il y a parfois perte d'un peu de sang. Le malade nie tout rapport sexuel, il présente un phimosis très serré, et un écoulement urétral. On examine l'anüs, il est infundibuliforme, béant, la tonicité sphinctérienne est notablement diminuée. On fait le diagnostic de blennorrhagie ano-rectale consécutive à des rapports contre nature. Malgré le traitement, les symptômes de rectite ne s'amendent pas, et à quelque temps de là on constate une roséole des plus manifeste, plaques muqueuses anales et buccales ne tardent pas à se montrer. On pratique le toucher rectal et sur la paroi antérieure à 3 centimètres de l'anüs, on sent une ulcération à base indurée.

Dans ces deux observations, la rectite était manifeste, et dans la deuxième, la véritable cause a échappé quelque temps. Chez ce malade, blennorrhagie et chancre induré coexistaient ; le dernier fut d'abord méconnu. Ce fait ne doit pas être exceptionnel chez les pédérastes. Quoiqu'il en soit, Hamonic admettant que chancres indurés et plaques muqueuses de l'anüs déterminent une inflammation rectale violente, s'accompagnant secondai-

rement de végétations, il semble logique de rattacher la sténose rectale à la même cause.

Aussi, avec MM. Hamonic, Delbet et Mouchet, et M. le professeur Duplay (1), nous concluons : « La syphilis peut parfois être invoquée comme cause de rectite chronique hypertrophique, mais elle n'agit que d'une façon indirecte en déterminant une inflammation des parois rectales qui, en elle-même, ne présente rien de spécifique. Avec Malassez (2), nous ajouterons : « La syphilis agit comme cause d'irritation locale au même titre que d'autres affections non syphilitiques, le chancre mou, par exemple. Elle agit peut-être aussi comme maladie générale en déprimant l'organisme tout entier et en le rendant moins apte à cicatriser ses plaies. »

III. — Tous les auteurs avaient remarqué qu'un grand nombre de malades affectés de rétrécissement du rectum mouraient tuberculeux. Gosselin (3) a vu deux de ses malades emportées par la phtisie aiguë, une troisième succomber à la cachexie tuberculeuse, une quatrième présenta à l'autopsie des lésions de méningite vraisemblablement bacillaire, et d'après lui : « la phlegmasie spéciale qui se produit autour et au-dessus des chancres, arrive de préférence chez des personnes délicates, lymphatiques ou scrofuleuses. »

M. Desprès estime que certains rétrécissements du rec-

1. Duplay. *Sem. méd.*, novembre 1892, page 642.

2. Malassez. *Bul. Soc. Anat.*, 1872, page 330.

3. Gosselin. *Archiv. Gén. méd.*, décembre 1854, page 688.

tum ne s'observent que « chez des malades ayant l'étoffe de la tuberculose. »

Les recherches de MM. Péan et Malassez (1), sur les formes ulcéreuses de la tuberculose ano-rectale confirmées par une série de travaux parus en France et à l'étranger, établirent que les ulcérations de nature bacillaire pouvaient en se cicatrisant, déterminer un rétrécissement du rectum.

Mais on pouvait objecter qu'il s'agissait là d'une sténose cicatricielle et par conséquent n'ayant aucun rapport avec le rétrécissement dit syphilitique.

En 1875, MM. Troisier et Rendu, à propos du rétrécissement rectal présenté par Dujol (3) à la Société anatomique, et provenant d'un malade ayant succombé à la cachexie tuberculeuse, élevaient des doutes sur la nature syphilitique des lésions et pensaient qu'il s'agissait d'ulcérations tuberculeuses.

MM. Pitres et Rendu, après examen histologique de la pièce, tout en faisant des réserves, ne se crurent pas autorisés à conclure à la nature tuberculeuse de l'affection.

Les auteurs Anglais et Américains estimaient, pour la plupart, avec Mathews (4) « que le tubercule est une lé-

1. Desprès. *Chirurgie journalière*. Paris, 1877, page 383.

2. Péan et Malassez. *Étude clinique sur les ulcérations anales*. Paris, 1871.

3. Dujol. *Bulletin société anatomique*. 1875, p. 782.

4. Mathews. *Journal of the American medical association*, 1891, p. 654.

sion essentiellement destructive... « Avant que le rectum puisse être épaissi par des dépôts tuberculeux, l'ulcération sera produite. » Kelsey (1) ajoutait « Je doute qu'une ulcération en cette place puisse jamais guérir ou en d'autres termes qu'elle puisse donner lieu à la formation de tissu rétractile. »

Cependant, M. le professeur Cornil (2) en 1871 avait dans un cas signalé une infiltration tuberculeuse du rectum, Sands (3) dès 1865 attribue certains rétrécissements « plutôt à l'envahissement tuberculeux des parois rectales qu'à la cicatrisation et à la rétraction fibreuse », Allingham (4), de son côté, rapporte deux observations de rétrécissement tuberculeux. Kummel (5) a vu la sténose rectale coïncider avec une tuberculose du sacrum. Aussi, la plupart des chirurgiens étaient disposés à incriminer cette diathèse, l'hypothèse du syphilome ano-rectal se trouvant souvent en contradiction avec l'observation clinique. Lorsque MM. Pilliet et Hartmann (6) eurent décrit les formes hypertrophiques de tuberculose iléo-cœcale, confirmées par une série de recherches, on put admettre les rétrécissements tuberculeux du rectum. D'ailleurs MM. Hart-

1. Kelsey. *Diseases of rectum and anus.*

2. Cornil. In Pean et Malassez. *Etude clinique sur les ulcérations anales*, p. 15.

3. Sands. *New-York medical journal*. April and december, 1865.

4. Allingham. *Fistula and Hemorrhoids*, etc. 4^e édition London, 1882, pages 247 et 248.

5. Kummel. *Klin Vortrage* 285. Chirurgie, n° 88.

6. Hartmann et Pilliet. *Bull. soc. anat.*, juillet 1891, p. 471 et mars 1892, p. 157.

mann, Tonpet et Routier (1) signalèrent bientôt après, des formes de tuberculose verruqueuse de l'anús et M. le professeur Tillaux, dans une leçon clinique faite au sujet d'un malade affecté de sténose rectale qui ne peut être imputé ni au cancer, ni à la syphilis ni à la blennorrhagie et qui n'est pas non plus congénitale conclut : « Je crois à l'existence d'une maladie encore à l'étude et mal connue sur laquelle M. Hartmann a fait un travail particulier. Je crois à une tuberculose recto-anale » (2).

M. Sourdille (3) établissait dernièrement d'une façon indiscutable l'existence du rétrécissement tuberculeux en s'appuyant sur l'examen microscopique des lésions et sur des inoculations positives. Cet auteur a pu réunir huit observations, et il ne lui paraît pas douteux qu'on puisse en retrouver un certain nombre dans la littérature médicale. D'après lui, un tiers des rétrécissements dits syphilitiques seraient de nature tuberculeuse. Nous rapportons nous-même un nouveau cas. Il présente ceci de particulier c'est qu'il s'agit, d'après M. Delbet, d'une sténose de nature tuberculeuse survenue chez une syphilitique avéré (Obs. I).

M. Hamonic (4) dans un cas de rectite proliférante, dit qu'il lui a été impossible « de trouver en dehors de l'entérite tuberculeuse une cause déterminante quelconque. » M. Sourdille a noté dans la plupart de ses observations l'existence de végétations rappelant celles décrites par M. Hamonic.

1. Congrès de la tuberculose. Paris, 1894, p. 504.

2. Tillaux. *Médecine moderne*, 12 mai 1894, p. 594.

3. Sourdille. *Archives générales med.* mai, juin et juillet 1895.

4. Hamonic. Thèse doct. Paris, 1885. Obs. VII, page 69.

Par conséquent, à la fin de cet exposé étiologique, nous pouvons conclure que rectite proliférante et rétrécissement relèvent des mêmes causes, nous essaierons d'établir qu'elles présentent des lésions de même ordre.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La rectite chronique hypertrophique revêt trois formes : elle est proliférante, sténosante ou mixte, ce qui est le cas le plus commun, et cette dernière forme a été décrite à part par tous les auteurs sous le nom de rétrécissement du rectum dit syphilitique.

Quelle que soit la forme prise par la maladie que nous étudions, elle a pour caractère de siéger à la partie inférieure du rectum et d'être accessible au doigt qui explore ce canal.

I. — La variété *sténosante* pure est rare et peut plus tard se compliquer de végétations (Obs. V). Elle se présente sous la forme d'un anneau plus ou moins large, pouvant admettre l'extrémité de l'index, d'autres fois plus serré. Perret (1) cite deux observations qui répondent à cette variété de rectite. « Le doigt introduit dans le rectum trouve à 5 centimètres environ un rétrécissement assez résistant que l'on peut franchir par une dilatation forcée. Si on introduit à la fois un doigt dans le vagin et un doigt

1. Perret. *Rétrécissements inflammatoires du rectum*. Thèse de Paris, 1855, pages 72 et 79.

dans le rectum on sent dans une étendue de 5 à 6 millimètres un tissu plus dur que le reste de la paroi recto-vaginale. »

Dans un autre cas, « le doigt introduit dans le rectum est arrêté à 4 cent. 5 par un point rétréci en forme d'anneau froncé admettant tout au plus l'extrémité du doigt. » MM. Quénu et Hartmann (1) ont observé dans deux cas « un anneau inclus dans la paroi rectale sans rectite granuleuse au-dessous et sans condylomes ».

Godebert (2) signale deux cas analogues.

Gauran (3) rapporte une observation semblable due à M. Segond.

Si à ces sept cas, nous ajoutons notre observation VI, il nous semble que nous pouvons conclure à l'existence de la rectite sténosante pure.

II. — M. Hamonic rapporte neuf cas de *rectite proliférante*, nous en citons un autre (Obs. IX). A cette variété on pourrait rattacher l'observation VII de Perret (4).

« Il existe au pourtour de l'anus des tumeurs condylo-mateuses. A 1 cent. 1/2 environ dans l'intestin, on trouve des tumeurs semblables nombreuses surtout en avant, ces bosselures remontent jusqu'à 7 centimètres ». Ces végétations peuvent remonter encore plus haut jusqu'à 10 centimètres, comme dans l'observation I d'Hamonic. Tantôt la région sphinctérienne est envahie, tantôt elle est respec-

1. Quénu et Hartmann. *Chirurgie du rectum*, page 306.

2. Godebert. Thèse 1873. Obs. XII, page 28 et Obs. XIII, page 30.

3. Gauran. Thèse de Lyon, 1892-1893, page 75.

4. Perret, page 87.

tée. Ces tumeurs peuvent dans certains cas faire saillie à l'anus, et dans ce cas, d'après Hamonic, elles ont « dû être confondues plus d'une fois avec les condylomes ». Un caractère propre à ces tumeurs est de s'implanter sur une muqueuse saine.

III. — La rectite chronique à la fois *proliférante et sténosante* ou *rétrécissement dit syphilitique*, est beaucoup mieux connue que les deux formes précédentes. Elle est caractérisée par la formation d'un canal rigide régulièrement cylindrique à parois cannelées au-delà duquel l'intestin s'élargit sans que les parois retrouvent leurs caractères normaux, très souvent il s'accompagne de condylomes. « Ces rétrécissements se font reconnaître, dit Laugier (1), à de véritables tubercules comme fibreux existant au pourtour de l'anus et dans l'intérieur même du canal recto-anal ». D'après M. Potherat (2), « n'y eut-il pas de syphilis manifeste ou avouée, n'y eut-il pas de bourrelet condylomateux, ces caractères suffiraient à indiquer le rétrécissement syphilitique ». Au niveau du rétrécissement, la muqueuse a perdu sa souplesse et sa mobilité normales.

« On trouve toujours, dit Jacquinot (3), sur une plus ou moins grande étendue des séries de saillies, comparables aux petites élevures que l'on voit à la surface des peaux de chagrin à gros grain. Ces élevures qui mesurent plusieurs millimètres carrés, quelquefois près d'un centimètre carré, ne sont pas réunies entre elles mais séparées par

1. Laugier. *Dict. en 30 vol.* Tome 27, page 296.

2. Potherat. *Traité de chirurgie Duplay-Reclus.* Tome VII, p. 57.

3. Jacquinot. Thèse de Paris, 1889-1890, page 19.

des sillons, dont les uns sont perpendiculairement descendants, de telle sorte que les élevures sont rangées en colonnades et puis séparées par d'autres transversales qui sur le rectum deviennent circulaires. Ces saillies sont plus ou moins nombreuses; il est des cas où elles tapissent presque toute l'étendue de la portion du rectum sous-jacente à la sténose vénérienne. Leur élévation peu considérable peut atteindre un millimètre et plus. »

Reprenant un certain nombre d'observations au point de vue de la coexistence des végétations et du rétrécissement nous trouvons que l'état de la muqueuse est noté :

Gosselin	2 fois sur 3 observations
Desprès.	6 » 6 »
Perret	10 » 11 »
Godebert	7 » 15 »
Sauri (1).	4 » 7 »
Gauran.	5 » 9 »
Carré.	10 » 12 »
Quénu et Hartmann. . .	19 » 21 »
Jacquiot.	9 » 9 »
Cas que nous rapportons.	9 » 9 »

Sur un total de 102 cas 21 fois l'état de la muqueuse est passé sous silence, sur les 81 cas qui restent, Godebert a trouvé deux fois la muqueuse normale.

1. Sauri Ricardo. *Etude sur le rétrécissement fibreux du rectum*, Thèse de Paris, 1868.

Gauran, dans un cas, MM. Quénu et Hartmann dans un deuxième disent que le rétrécissement commençait à l'anus et qu'il n'y avait ni végétations ni condylomes. Carré dans un cas note une ulcération, MM. Quénu et Hartmann ont trouvé la muqueuse intacte au-dessous du rétrécissement dans un autre cas. Dans la plupart de ces cas il s'agissait de rectite sténosante pure et à propos de celle-ci nous avons cité ces observations. Enfin, parmi ce nombre d'observations, il y a en une de Perret et une que nous rapportons où il s'agissait de rectite proliférante.

Il y a donc eu coïncidence de végétations et de rétrécissement dans 73 cas sur 81. Par conséquent la variété proliférante et sténosante est la forme la plus fréquente de la rectite chronique hypertrophique. D'après Gosselin (1) : « on trouve constamment une série de petites saillies grosses comme des grains de chènevis ou des pois ». Nous avons parlé de l'aspect que présente la muqueuse au niveau de la portion rétrécie mais c'est principalement au-dessous du point coarcté qu'on relève des végétations ; fréquemment elles font saillie à l'anus et constituent alors les condylomes. Elles peuvent être inclues dans l'intérieur du canal anal. Dans l'observation de MM. Delbet et Mouchet (2) « quand on pratique le toucher rectal, l'index dès qu'il a franchi le canal anal tombe sur des végétations irrégulières qui ont pu en imposer pour un cancer à un certain nombre de ceux qui ont examiné la malade... Si après ces premières constatations on pousse le doigt plus loin, les

1. Gosselin. *Arch. gén. méd.* décembre 1854, page 610.

2. Delbet Mouchet. *Archiv. gén. méd.* novembre 1893, page 514.

sensations changent totalement. On arrive dans un canal rigide à parois résistantes qui va se rétrécissant en cône de telle sorte qu'il ne laisse plus passer et encore avec peine que la phalange unguéale de l'index ».

Dans quelques observations, on signale l'existence de végétations au-dessus du point coarcté (1). « Le toucher permet d'arriver sur un rétrécissement situé à deux centimètres au-dessus du sphincter. La portion du rectum située au-dessus est remplie de fongosités assez résistantes ». La malade qui fait le sujet de notre Observation V présente des lésions semblables. Chez elle la muqueuse sous-jacente à la sténose est seulement plus sèche que normalement, mais ni à son niveau ni autour de l'anus on ne relève aucune production. Dans une observation de M. le professeur Le Dentu citée par Carré nous voyons un rétrécissement du rectum récidiver sous forme de rectite proliférante. « En mars 1884 je constate un rétrécissement situé à un centimètre au-dessus de l'orifice anal, formé par une bride circulaire à base étalée. Le rétrécissement laisse passer l'index et au-dessus on peut constater que la muqueuse rectale est inégale, comme granuleuse, soulevée par place en crêtes allongées verticalement. Je pratique la rectotomie linéaire postérieure. Je ne me rappelle pas si je constatai des lésions très élevées du rectum, mais j'incline à croire que non. La malade revient au commencement de 1888 ; il n'y avait plus de rétrécissement. L'anus avait extérieurement son aspect habituel mais immédiatement au-dessus de l'orifice commençaient une série de plis épais, de crêtes étalées

1. Perret. Thèse Paris, 1855, Obs. IV page 80.

à direction verticale dont la surface grenue donnait au doigt une sensation particulière. Leur hauteur pouvait être en moyenne de 4 à 5 centimètres, leur nombre de 8 à 10. Leur extrémité supérieures s'effilait graduellement pour se confondre avec la muqueuse de la partie supérieure qui, malgré un épaissement manifeste, avait conservé une certaine souplesse (1). »

Sur les 21 malades affectés de rétrécissement du rectum, observés par MM. Quénu et Hartmann deux fois seulement il y a eu absence de végétations et de condylo-mes.

Nous sommes donc autorisés à considérer la forme proliférante et sténosante de la rectite chronique hypertrophique comme la variété la plus fréquente. Voyons maintenant quels sont ses caractères anatomiques.

Siège. — Le rétrécissement dit syphilitique siège habituellement à l'union des portions sphinctérienne et ampul-laire du conduit ano-rectal. On peut l'observer à 1 ou 2 centimètres plus haut, et dans certains cas il occupe la région sphinctérienne seule. Il est donc situé à 4 ou 6 centimètres de l'anus, quelquefois à 8 ou 10 centimètres mais en définitive toujours accessible au doigt qui explore le conduit ano-rectal. D'après Trélat (2) « on n'a jamais rencontré le rétrécissement syphilitique à plus de 12 centimètres de l'anus. » Toutefois Perret (3) cite trois

1. Carré. Thèse Paris. 1893, Obs. XXX, page 103.

2. Trélat. *Cliniques chirurg.*, tome II, page 386.

3. Perret. Thèse, 1855, page 30 et 87.

cas de rétrécissement siégeant à la jonction du colon et du rectum.

Nombre. — En général on n'observe qu'un seul point coarcté, mais il existe cependant des exemples de rétrécissements multiples. Perret (1) et Sauri (2) rapportent chacun un cas de rétrécissement double. Parmi les observations de Newman que nous avons résumées à propos du traitement par l'électrolyse nous relevons une double coarctation dans deux cas (Obs. VII et X, voir plus loin ces observations résumées).

Perret et Nelaton (3) rapportent chacun un cas de rétrécissement triple; mais ces auteurs insistent sur la forme valvulaire de l'obstacle, par conséquent on ne peut les considérer comme des rétrécissements syphilitiques qui par définition sont cylindriques. Newmann, signale (Obs. VI) trois et (Obs. V) quatre rétrécissements superposés dans le même rectum, mais il n'indique que la forme des deux premiers, annulaires dans ces deux cas. Les autres rétrécissements étaient inaccessibles au doigt et c'est à l'aide d'une sonde que leur présence fut reconnue.

Le calibre est variable selon la période à laquelle on observe le rétrécissement. D'après M. le professeur Fournier (4) on pourrait distinguer quatre degrés. Tout d'abord l'index franchit le point coarcté, il est simplement serré, un peu plus tard il ne passe plus qu'en frottant. Cet auteur fait remarquer qu'on observe rarement les

1. Perret. Thèse doct., Paris. 1855, page 86.

2. Sauri. Thèse doct., Paris, 1868, page 59.

3. Nelaton. *Pathol. chirurg.*, tome V, page 790.

4. Fournier. *Syphilis tertiaire*, Paris, 1875, page 33.

malades à ces deux périodes, lorsqu'on les examine c'est à peine si le rétrécissement admet la phalange unguéale de l'index, quelquefois même le calibre de l'intestin est réduit au diamètre d'une sonde urétrale pour femme. Mais dans aucun cas, tous les auteurs insistent sur ce point, on n'a observé d'oblitération complète de l'intestin par le néoplasme.

La hauteur de la portion coarctée oscille entre 2 et 8 centimètres elle est en moyenne de 3 à 4 centimètres. Hahn (1) cite un cas où elle mesurait 20 centimètres, un second 25 centimètres. Dans l'observation de M. le professeur Le Dentu que nous avons citée (page 32) l'induration rectale remonte jusqu'au colon pelvien.

Les lésions macroscopiques du rétrécissement dit syphilitique sont bien connues depuis Gosselin. On les étudie en trois points au niveau, au-dessus et au-dessous du point coarcté. Disons tout d'abord que les parois rectales sont irrégulièrement hypertrophiées, elles sont épaissies, indurées, fusionnées plus ou moins avec les tissus environnants, et pour extirper l'organe il faut une dissection laborieuse.

I. — *Lésions au-dessus du rétrécissement.* — Comme dans tout canal rétréci la portion située au-dessus de l'obstacle est dilatée. Dans quelques cas la muqueuse présente des végétations (Obs. V) ou des saillies.

On a quelquefois trouvé une muqueuse saine. Mais le

1. Hahn. *Zur Behandlung der syphilitischen Mastdarmulcerationen durch die Colotomie.* Arch. f. Klin. Chirurgie, 1883, Obs. I et II.

plus souvent elle est exulcérée, recouverte de pus, bourgeonnante. Ils'agit là, selon l'expression de Gosselin, d'une « exulcération » en nappe, rarement en îlots, qui se termine supérieurement par un rebord festonné au-dessus duquel la muqueuse reprend son aspect normal. La hauteur de l'exulcération est variable, 10 à 12 centimètres en moyenne, elle peut s'étendre beaucoup plus loin, remonter jusque dans le colon pelvien comme dans le cas de Hahn (1). MM. Quénu et Hartmann (2), ont observé des ulcérations multiples jusqu'à dans le colon ascendant. D'après Gosselin « cette érosion consiste en une destruction de l'épithélium et des couches superficielles, plus particulièrement de sa couche glandulaire. » L'examen microscopique de ces ulcérations a été fait par MM. Malasséz (3), Toupet (4), Pitres et Rendu (5), nous en rapportons un autre dû à M. Cazin (Obs. II).

Tous ces histologistes ont constaté la disparition complète de la muqueuse, par place ils ont relevé des lambeaux mortifiés. Cette muqueuse est remplacée par un tissu de granulations. Les glandes font complètement défaut, ou bien sont le siège de petits kystes hémorrhagiques (Obs. II). Dans la celluleuse on observe des cellules rondes en grand nombre qui peuvent envahir la tunique musculaire, en dissocier les éléments. Celle-ci peut être le siège d'une sclérose plus ou moins avancée, comme l'ont

1. Hahn. *Loc. citat.* Obs. V.

2. Quénu et Hartmann. *Chirurgie du rectum*, page 260.

3. Malasséz. *Dict. Dechambre*, article *Rectum*.

4. Toupet, in Quénu et Hartmann. Obs. 55, page 258.

5. Pitres et Rendu. *Bulletin Société anatomique*, 1875, page 784.

observé MM. Panas et Valtat (1). Ces deux derniers auteurs notent une hypertrophie de la tunique musculaire admise par Perret et que Hahn dans un cas évalue à 15 millimètres d'épaisseur. M. Malassez, au point d'union de la partie saine et de la partie ulcérée a constaté que la muqueuse était légèrement décollée, infiltrée de cellules jeunes, que la celluleuse présentait un grand nombre de ces éléments, se prolongeant même plus haut, en des points où la muqueuse était saine. « Au-dessus comme au fond de l'ulcération, on constate les traces d'une inflammation chronique. »

II. — *Lésions au niveau du rétrécissement.* — Le rétrécissement lui-même est formé aux dépens de la muqueuse et surtout de la sous-muqueuse transformée en tissu inextensible, lardacé, criant sous le scalpel. « Tous les éléments normaux des tuniques rectales forment un bloc unique », disent MM. Panas et Valtat. La paroi peut atteindre à ce niveau 1 centimètre et plus d'épaisseur, surtout s'il y a eu inflammation péri-rectale. Généralement la muqueuse plus ou moins transformée persiste au niveau du rétrécissement, on relève parfois de petites exulcérations mais elles n'occupent jamais toute la circonférence du point coarcté.

Il existe une vingtaine d'observations de rétrécissement du rectum dans lesquelles l'examen histologique a été pratiqué. Aux 17 cas parus en France nous en ajoutons quatre nouveaux.

Nous étudierons les lésions épithéliales, sous muqueuses et musculaires.

1. Panas et Valtat. *Bull. Société Chirurg.*, 1872, page 572.

1° *Lésions épithéliales.* — Sur ces 21 observations une seule fois on a constaté la persistance de l'épithélium cylindrique normal et des glandes de Liéberkun (1). Dans deux cas on signale une transformation partielle de l'épithélium cylindrique normal en épithélium pavimenteux stratifié (2). On n'a pas trouvé trace des glandes.

Cette transformation épithéliale est complète sur toute la surface interne du rétrécissement dans quatre examens (3) ; les glandes ont disparu, une fois quelques culs-de-sac glandulaires persistaient. On a vu apparaître des granulations d'éléidine dans la couche profonde de cet épithélium transformé, dans cinq cas ; cet épithélium avait en outre revêtu le type Malpighien dans ses couches profondes, tandis qu'au dessus de celles-ci on constatait une transformation cornée manifeste (4). Il n'y avait plus le moindre vestige des glandes.

M. Gilbert (5) a vu la disparition complète de l'épithélium, le même fait a été relevé par MM. Dor (6) et Tou-

1. Sourdille, in Quénu et Hartmann. Obs. 60, page 281.

2. Toupet, in Quénu et Hartmann. Obs. 63, page 289. Girode, *Bull. Soc. Chirurg.* 1891, page 140.

3. Toupet, in Quénu et Hartmann. Obs. LXI, page 265. Obs. LVIII, page 272. Obs. LXVII, page 270. — Sourdille, in Quénu et Hartmann. Obs. LXI, page 283.

4. Mouchet et Delbet. *Arch. gén. méd.*, novembre 1893, page 513. — Toupet, in Quénu et Hartmann. Obs. XII, page 91. Obs. LIII, page 212. Obs. LVII, page 270. — Sourdille, in Quénu et Hartmann. Obs. LIX, page 278.

5. Gilbert in Quénu et Hartmann. Obs. 54, page 257.

6. Dor, In Gauran, thèse Lyon, 1892-93, page 22.

pet (1). C'est ce qui frappait d'abord dans notre observation I. Dans ces cas la couche la plus superficielle est représentée par des végétations embryonnaires riches en vaisseaux et formées par de nombreuses fibres conjonctives infiltrées de cellules rondes. Dans l'observation II il persistait quelques débris épithéliaux dont les éléments étaient dégénérés et déformés. Ajoutons que Sourdille (2) a vu toutes les couches de la muqueuse manquer complètement dans un cas de rétrécissement tuberculeux.

Du côté de l'épithélium ce qui frappe le plus, c'est avec la disparition des glandes sa transformation qui, dans un cas de Sourdille (Obs. LXI), va de la surface vers la profondeur. Les glandes flexueuses et dilatées conservent leur épithélium normal au niveau des culs-de-sac, tandis que au niveau de leur ouverture celui-ci se continue par transition graduelle avec l'épithélium pavimenteux. Ce dernier se kératinise dans quelques observations. Ailleurs la muqueuse disparaît complètement et la limite interne des coupes est formée par un tissu présentant tous les caractères de l'inflammation chronique.

2° *Les lésions sous-muqueuses sont plus constantes et plus importantes que celles de l'épithélium.* — Elles consistent dans une hypertrophie et une transformation fibreuse de cette couche avec apparition de nombreux éléments embryonnaires « lymphocitaires, dit M. Girode ».

D'après les dispositions qu'affectent ces éléments de

1. Toupet, in Quénu et Hartmann. Obs. 62, page 288.

2. Sourdille. In Quénu et Hartmann. Obs. LV, page 259. Obs. LXI, page 283.

nouvelle formation MM. Toupet et Hartmann (1) ont distingué deux types :

a) *Type inflammatoire diffus*. « Au-dessous d'une couche épithéliale lorsqu'elle est conservée, au-dessous d'une couche de cellules embryonnaires lorsqu'il y a ulcération, on trouve dans la couche sous-muqueuse des nappes scléreuses séparées par des trainées embryonnaires diffuses envahissant la couche la plus interne des fibres musculaires, les dissociant, les étouffant sans disposition en nodules embryonnaires sans altérations vasculaires. »

b) *Type syphilitique* : « caractérisé par des plaques scléreuses au milieu desquelles on relève des amas embryonnaires disposés autour des lumières vasculaires. Par suite du rétrécissement progressif de la cavité des vaisseaux et de l'envahissement de la paroi par les éléments embryonnaires on voit la lumière vasculaire diminuer peu à peu pour disparaître finalement d'une manière complète. Ces nodules gommeux, dont quelques-uns sont ramollis au centre, peuvent se systématiser suivant les cas, soit autour des artères, soit autour des veines. En même temps que ces nodules on voit sur l'endartère des lésions qui rappellent par leur aspect les lésions assignées à l'endartérite syphilitique. »

Dans les 12 observations de MM. Quénu et Hartmann (2) l'existence de nodules embryonnaires simulant des gommes miliaires n'est signalée qu'une fois et jusque à eux, aucun

1. Toupet et Hartmann, *Bull. Société anatomique*, décembre 1894, page 993.

2. Quénu et Hartmann. *Chirurgie du rectum*. Obs. LVIII, p. 276.

auteur n'avait pu mettre cette dégénérescence centrale en évidence. Les lésions péri et endo-vasculaires avaient été signalées par MM. Girode, Dor, Delbet et Mouchet. MM. Quénu et Hartmann en rapportent trois nouveaux faits, mais on n'avait pas encore assigné à ces lésions les caractères de l'endartérite syphilitique.

c) *Type tuberculeux* décrit par M. Sourdille présente les mêmes lésions épithéliales. Ici la couche sous-muqueuse hypertrophiée est le siège d'une infiltration embryonnaire diffuse dissociant les faisceaux conjonctifs qui composent normalement cette couche. Au milieu de celle-ci on a pu mettre en évidence des tubercules composés, sans limites précises à la périphérie, mais contenant au centre des cellules géantes. Les nodules peuvent se constituer autour d'un vaisseau et la lumière centrale de celui-ci est obstruée par de la matière caséuse. Ce qui frappe c'est l'intégrité relative des vaisseaux et la faible vascularisation de la couche sous-muqueuse comparée à sa richesse vasculaire à l'état normal.

3° *Lésions de la couche musculaire*, portent principalement sur la couche des fibres la plus interne, — elles peuvent envahir toute la musculature et se prolonger dans les tissus périphériques (Obs. II et III). Les fibres musculaires sont étouffés par l'abondante prolifération embryonnaire et subissent parfois un certain degré de dégénérescence. L'infiltration embryonnaire peut être diffuse, parfois on relève une tendance au groupement des cellules rondes autour des vaisseaux et des nerfs. Quelquefois

1. Obs. XII, page 94, Obs. LVII, page 270 et Obs. LVIII, page 272.

l'hypertrophie de cette couche est due à la présence de larges bandes fibreuses occupant les espaces inter-fasciculaires. Les follicules tuberculeux peuvent envahir cette couche comme l'a noté Sourdille et c'est dans celle-ci qu'ils paraissent les plus nets dans notre Observation I.

Malassez a vu dans l'épaisseur de la tunique musculaire de petits abcès au début qu'il considère comme l'origine des fistules qui accompagnent si souvent les rétrécissements du rectum.

Les trois types de rétrécissement du rectum que l'on peut admettre d'après les lésions histologiques sont loin de se présenter avec la netteté que semble leur reconnaître une description didactique. Dans tous les cas que nous rapportons ce qui frappe au premier examen c'est la diffusion des lésions. C'est ainsi que dans notre Observation I, ce n'est qu'en multipliant les coupes que l'on est parvenu à découvrir un point où les lésions permettent d'affirmer histologiquement la tuberculose, souvent même comme dans notre Observation III alors que de par la clinique et de par les autres lésions macroscopiques relevées à l'autopsie on pouvait croire se trouver en présence d'un rétrécissement tuberculeux il a été impossible de mettre en évidence les cellules géantes et les tentatives de coloration des bacilles ont constamment été négatives. Ce dernier fait M. Sourdille l'a déjà signalé. MM. Quenu et Hartmann pensent « qu'actuellement tout au moins il n'est pas possible dans tous les cas de séparer les trois variétés de rétrécissement. » Dans une cavité possédant une flore microbienne aussi riche que le rectum on comprend qu'à la suite de la cause première qui a ouvert la porte à

l'infection, tous les agents d'irritation vulgaire entrent en ligne et que la lésion fondamentale soit masquée par le processus complexe dont elle s'accompagne.

III. — *Lésions au-dessous du rétrécissement.* — Nous avons déjà dit que la muqueuse n'était jamais saine à ce niveau. Exceptionnellement elle est ulcérée, presque toujours elle est recouverte de petites végétations mamelonnées grosses comme des grains de chénevis ou des pois. Celles-ci peuvent faire saillie à l'anus et constituent alors le *bouquet condylomateux* de M. le professeur Fournier. Nous étudierons plus tard leurs caractères au point de vue clinique, mais comme objectivement ils simulent *les végétations de la rectite proliférante*, nous allons exposer la structure histologique de celles-ci en nous basant sur l'examen d'Hamonic et sur les observations que nous rapportons (Obs. IV et IX).

MM. Delbet et Hamonic signalent la présence d'un revêtement épithélial pavimenteux stratifié avec kératinisation des couches superficielles et apparition de granulations d'éleidine dans les couches profondes.

Ces dernières sont formées par des cellules polygonales nucléées s'insérant perpendiculairement à la surface des papilles sous-jacentes. Nous retrouvons ici tous les caractères du stratum Malpighien. Hamonic signale la présence de nombreuses papilles coniques, hypertrophiées, que nous retrouvons dans l'observation rapportée (Obs. IX). Dans les deux cas les éléments fibrillaires qui constituent la charpente de ces papilles sont infiltrés par un grand nombre de cellules rondes qui arrivent parfois à les mas-

quer. A la base des papilles les éléments embryonnaires se groupent en nodules dont quelques-uns d'après Hamonic auraient subi une dégénérescence graisseuse. Un fait bien mis en évidence dans les deux examens c'est la pauvreté en vaisseaux sanguins.

Dans l'observation d'Hamonic et dans un condylome examiné (Obs IV) et qui présentait les lésions déjà décrites, les vaisseaux étaient au contraire très abondants au niveau du pédicule de la tumeur, ils étaient flexueux dilatés. Cet auteur signale des lésions de péri-artérite scléreuse, un épaissement irrégulier de la tunique moyenne des artères mais il n'a pas observé d'endartérite.

Les lésions épithéliales de la rectite proliférante la rapprochent de la forme sténosante. Ce qui domine dans l'épaisseur du néoplasme, c'est dans les deux formes, une infiltration embryonnaire diffuse avec prédominance marquée en certains points au voisinage des vaisseaux. Ceci nous permet de rapprocher la forme inflammatoire décrite par MM. Toupet et Hartmann de la rectite proliférante. Nous ne connaissons pas d'examen histologique des végétations qui accompagnent fréquemment d'après M. Sourdille le rétrécissement tuberculeux. L'examen d'un condylome fait par M. Delbet (Obs. IV) rappelle exactement les lésions décrites dans la rectite proliférante.

Quant à la variété syphilitique des rétrécissements du rectum, admise par MM. Hartmann, Toupet et Quénu, nous allons aborder cette question à propos de la pathogénie.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE ET DISCUSSION

Gosselin écrivait en 1881 : « Malgré des travaux très importants, malgré de longues discussions dans les sociétés savantes, on n'est pas encore arrivé à se mettre d'accord sur la nature de ces rétrécissements du rectum ». Avant les recherches de cet auteur, Morgagni, Desault, Boyer, Bérard et Maslieurat-Lagémard parmi les chirurgiens, Lagneau, Baumes et Vidal parmi les syphiligraphes, avaient vu dans les sténoses rectales un accident constitutionnel de la vérole. Tanchou, Costallat, Duchadoz et Cullerier, soutiennent, au contraire, que cette maladie n'est pas consécutive à la syphilis.

Tous ces auteurs ont confondu des rétrécissements de nature différente. Gosselin a isolé nettement et parfaitement décrit le rétrécissement du rectum dit syphilitique. D'après lui, il s'agit là « d'une forme d'affection syphilitique non dénommée, qui n'est ni l'accident primitif, ni l'accident constitutionnel et qui n'est autre chose qu'une lésion locale ou de voisinage due à une modification toute

1. Gosselin. *Dict. de méd. et chirurgie pratiques*, article *Rectum*.

spéciale de la vitalité des tissus contaminés par le virus chancreux ».

Perret décrit les rétrécissements inflammatoires, il ne voit dans la syphilis qu'une cause secondaire. D'après lui, le rétrécissement serait consécutif à des rapports contre nature chez des individus affectés de chancre induré anal.

En 1872, dans une discussion à la Société de chirurgie, Verneuil, Guérin, Trélat, soutiennent que les rétrécissements du rectum sont un accident de la syphilis constitutionnelle et résultent d'une hyperplasie des tuniques rectales. Dans ses *Leçons sur la syphilis tertiaire*, M. le professeur Fournier crée la brillante hypothèse du *syphilome ano-rectal*. Le rétrécissement serait la conséquence « d'une infiltration des parois ano-rectales par un néoplasme de structure initiale encore indéterminée, mais susceptible de dégénérer en tissu fibreux rétractile et de constituer ainsi des coarctations intestinales plus ou moins étendues ». Cette hypothèse séduisante fut assez généralement admise en France; par contre les auteurs Anglais et Américains, Cripps, Allingham, Kelsey, Mathews, ont toujours exprimé des réserves formelles au sujet du syphilome ano-rectal.

La clinique protestait d'ailleurs contre une interprétation aussi étroite des faits observés. En 1883, M. le professeur Berger (1) écrivait : « la nature exacte des rétrécissements du rectum n'est pas suffisamment démontrée, et la théorie de M. Fournier ne s'applique pas à tous les cas ». Dans une leçon clinique, M. le professeur Duplay (2)

1. Berger. *Sem. méd.*, 29 novembre 1883,

2. Duplay. *Semaine médicale*, 23 novembre 1892, page 401.

s'exprimait de la façon suivante au sujet du syphilome ano-rectal. « Cette théorie très ingénieuse, a été acceptée par la plupart des pathologistes et moi-même je l'ai admise et exposée dans mes écrits et dans mes leçons cliniques. Cependant, à mesure que j'ai observé des faits plus nombreux de rétrécissements dits syphilitiques du rectum, j'ai été conduit à douter de son exactitude, et à l'heure présente je crois pouvoir dire qu'elle se trouve très fréquemment en contradiction avec l'observation clinique, et que très vraisemblablement, la théorie du syphilome ano-rectal doit être rejetée comme n'étant pas l'expression exacte de la vérité ».

MM. Delbet et Mouchet(1) concluent: « en nous appuyant sur la clinique comme l'ont fait Gosselin, Berger et Duplay, en nous appuyant sur l'anatomie pathologique, nous croyons pouvoir conclure que le rétrécissement prétendu syphilitique du rectum n'a rien de syphilitique. C'est une lésion d'ordre inflammatoire, c'est l'aboutissant d'une rectite non spécifique ». Ces mêmes auteurs rapprochant les lésions décrites à part par Hamonic, sous le nom de rectite proliférante de celles du rétrécissement dit syphilitique ajoutent: « comme les altérations histologiques qu'on observe au niveau de ces végétations papillaires et au niveau de la virole sténosante, sont à peu près identiques, nous croyons que ces deux formes ne sont que l'expression symptomatique variable d'une même variété de rectite ». A l'étiologie nous avons conclu à l'identité des causes de deux affections, et nous avons soutenu que la rectite chro-

1. Delbet et Mouchet. *Arch. gén. méd.*, nov. 1893, page 531.

nique hypertrophique n'a aucun rapport direct avec la syphilis, mais qu'elle peut se manifester à la suite d'accidents vénériens ayant provoqué une violente inflammation, qui à son tour détermine, soit une rectite proliférante, soit une rectite sténosante et plus souvent une rectite à la fois proliférante et sténosante. Cette affection elle-même relève dans un certain cas de la tuberculose comme l'a établi M. Sourdille. Toutefois, voyons quels arguments l'on peut opposer aux partisans du syphilome ano-rectal.

Dans un grand nombre de cas, il est impossible de déceler la syphilis chez les malades atteints de rétrécissement du rectum dit syphilitique. En se basant sur les diverses statistiques, on peut dire que la moitié des malades ne présentent pas de commémoratifs spécifiques. Par contre, comme nous l'établirons à propos de la symptomatologie, la plupart des malades accusent des phénomènes de rectite plus ou moins intense, ayant précédé l'apparition de la sténose.

D'après M. Sourdille, le rétrécissement du rectum serait de nature tuberculeuse dans un tiers des cas. Dans une de nos observations (Obs. I), il s'agit, d'après M. Delbet, d'un rétrécissement tuberculeux survenu chez une syphilitique avérée. Les partisans du syphilome ano-rectal soutiennent qu'il s'agit là d'un accident tardif de la syphilis constitutionnelle survenant à la *période tertiaire* d'après M. le professeur Fournier, beaucoup plus tard encore d'après Trélat et Delens (2) à la *période quaternaire*.

1. Gosselin. *Archives gén. méd.*, décembre 1854, page 682.

2. Trélat et Delens. *Dict. Dechambre*, art. *rectum*.

Gosselin (1) « a vu le rétrécissement se développer chez deux malades qui avaient encore l'accident primitif lors de leur entrée à l'hôpital, elles n'ont jamais été soumises au traitement mercuriel, je les ai observées attentivement, l'une pendant 8 mois, l'autre pendant 10 mois, et je n'ai vu apparaître aucun des signes diathésiques habituels... Quatre autres malades avaient leur affection du rectum depuis quelques mois; elles n'ont jamais présenté durant leur séjour dans mes salles aucun accident secondaire ni tertiaire... A l'époque de l'inoculation quelconque dont elles se plaignaient, elles avaient consulté deux médecins qui n'avaient pas conseillé le traitement mercuriel. » M. Desprès (2), en se basant sur 21 observations, a essayé d'établir que la sténose rectale fait son apparition moins de cinq ans après l'accident primitif. Sur ce nombre, sept malades présentaient encore le chancre, cinq autres avaient des plaques muqueuses. M. le professeur Tillaux (3) a vu le rétrécissement « apparaître concurremment avec des plaques muqueuses à la vulve, à la bouche et des papules syphilitiques sur tout le corps. » De plus, comme le fait remarquer Gosselin, « si le rétrécissement du rectum est un accident constitutionnel de la syphilis, pourquoi cette maladie est-elle plus fréquente chez la femme que chez l'homme, alors que toutes les autres manifestations constitutionnelles de la syphilis paraissent avec une fréquence à peu près égale dans les deux sexes. »

1. Gosselin. *Arch. gén. méd.*, décembre 1854, page 682.

2. Desprès. *Bull. soc. chir.*, 1873, page 52.

3. Tillaux, *Clin. chir.*, tome II, page 651.

Le rectum de la femme, répond-on, est plus exposé que celui de l'homme aux afflux sanguins pendant les règles, le coït, la grossesse, la constipation est habituelle chez elle, il y a là comme un « *locus minoris resistentiæ* ».

Or, toutes ces raisons, M. le professeur Duplay (1), les invoque aussi pour expliquer la plus grande fréquence du rétrécissement inflammatoire chez la femme.

D'après lui les faits s'expliquent suffisamment : « à l'aide de la théorie de la rectite sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir l'hypothèse du syphilome ano-rectal. »

Au point de vue symptomatique, le rétrécissement du rectum dit syphilitique ne diffère en rien des sténoses consécutives à la tuberculose et à l'inflammation chronique. Les troubles fonctionnels dont il s'accompagne sont les mêmes que ceux de la rectite proliférante d'Hamonic. Nous avons vu que végétations et sténose coïncident dans la majorité des cas, que le même processus morbide engendre simultanément ou successivement — (Obs. V et observation de M. le professeur Le Dentu rapportée plus haut), — ces deux lésions qui ont une structure comparable. L'affection débute dans les deux cas par une rectite granuleuse que M. le professeur Tillaux (2), MM. Quénu et Hartmann (3) ont pu observer au stade initial. Quant à l'hyperplasie conjonctive des tuniques rectales qui, d'après M. le professeur Fournier précéderait la formation de

1. Duplay. *Semaine médicale*, 23 novembre 1892, page 401. *Journal des praticiens*, septembre 1894, page 291.

2. Tillaux. *Cliniques chirurgicales*. Tome 11, page 65.

3. Quénu et Hartmann. *Chirurgie du rectum*. Obs. XII, page 94.

la sténose, elle est inconnue au point de vue anatomique.

Nous ne connaissons que les lésions qui accompagnent le rétrécissement constitué. Or, d'après M. le professeur Cornil (1) qui base son opinion sur celles de Lancereaux, Leudet et Virchow, il est impossible, au simple examen d'un rétrécissement du rectum, d'affirmer « s'il s'agit d'un accident primitif ou simplement vénérien, d'un accident secondaire ou d'une gomme, s'il est de nature syphilitique ou dysentérique. »

M. le professeur Berger (2) arrive aux mêmes conclusions en s'appuyant sur les examens de Gosselin, de Robin et de Malassez. « La structure du rétrécissement suffit à démontrer qu'il ne s'agit pas d'un cancer, elle prouve également qu'il ne saurait être question d'une cicatrice puisque l'épithélium est conservé au niveau du point coarcté, mais c'est tout et on ne saurait en tirer d'autres conclusions. »

Les lésions épithéliales que nous avons signalées à propos de l'anatomie pathologique des rétrécissements ne présentent rien qui permette de les rattacher à la syphilis. La disparition de l'épithélium est un fait banal qu'on observe au niveau de toute muqueuse enflammée. La transformation de l'épithélium cylindrique normal en épithélium pavimenteux stratifié a été relevée dans tous les points où deux muqueuses chroniquement enflammées et de structure différente se trouvent en contact. On l'a

1: Cornil. *Leçons sur la syphilis*. Paris, 1878, page 410.

2. Berger. *Semaine médicale*, novembre 1883, page 334.

observée au niveau du col utérin en ectropion, elle est constante dans la pachydermie laryngée de Virchow.

Il semble, disent MM. Hartmann et Toupet (1) « que l'épithélium cylindrique moins résistant se mortifie et tombe pour être remplacé par un épithélium pavimenteux venu du voisinage des colonnes de Morgagni par exemple. » Ces lésions se trouvent dans toutes les variétés de rétrécissement qu'il soit inflammatoire, tuberculeux ou syphilitique.

Les lésions des autres tuniques du rectum permettent-elles d'affirmer que le rétrécissement est de nature syphilitique ? Comme les partisans du syphilôme ano-rectal admettent qu'il s'agit là d'un accident tardif, il devrait être constitué par une gomme. M. le professeur Fournier dit n'avoir jamais observé de gommes du rectum, cependant, Esmarch et Tuttle ne font aucune difficulté à les admettre. D'ailleurs, Kuster (2), Zappulla (3) et Freymuth, ont constaté leur présence.

Les gommes anales sont très rares ; mais Mollière (4), Verneuil (5) et M. le professeur Fournier (6), en ont rapporté des exemples. Dans un cas, cité par Verneuil, la gomme coexistait avec le rétrécissement. Nous

1. Hartmann et Toupet. *Bull. Soc. anat.*, décembre 1894, page 994.

2. Kuster, in Poelchen. *Arch. de path. anat. phys.* Berlin, 1892, tome 127, page 270.

3. Zappulla. *Ann. univ. de méd.* Milan, 1890. Tome 213, page 157.

4. Mollière. *Traité des maladies du rectum*, page 641.

5. Verneuil. *Gazette hôpitaux*, 1888, page 202. *Bull. Acad. méd.*, décembre 1894, page 520,

6. Fournier. *Syphilis tertiaire*, page 6.

rapportons une observation dans laquelle le rétrécissement s'accompagnait d'une gomme probable (Obs. VII) située à la partie postérieure de la racine du scrotum. Ces faits établissent, comme dit M. Desprès : « qu'il y a des rétrécissements chez des syphilitiques, comme il y a des maladies chirurgicales quelconques, mais non pas que le rétrécissement est d'origine syphilitique ». Pour établir cette nature il faudrait relever au niveau du rétrécissement les lésions caractéristiques des gommès. Or, quelles sont ces lésions ? D'après Marfan et Toupet (1) « c'est la disposition en nodules embryonnaires qui s'accroissent peu à peu à la périphérie, tandis qu'ils dégénèrent au centre ». Cornil et Ranvier (2) ajoutent « des vaisseaux sanguins pénètrent à la périphérie de chaque nodule et peuvent même atteindre le centre et s'y ramifier. » Cette dégénérescence centrale de nodules embryonnaires n'avait été observée par aucun auteur avant M. Toupet. MM. Valtat et Panas, Pitres et Rêndu, Girode ne l'ont pas vu, Delbet et Mouchet la nient. Gauran qui s'appuie en partie sur un examen histologique de Dor pour soutenir l'origine syphilitique du rétrécissement du rectum, conclut à propos des nodules embryonnaires qu'il décrit : « Il est vrai qu'on ne peut pas non plus trouver les indices d'une dégénérescence qui puisse être invoquée pour les considérer comme de petites gommès ».

1. Desprès. *Chirurgie journalière*, page 380.

2. Marfan et Toupet. *Ann. de Dermat. et syphilis*, 1890, 3^e série, p. 637.

3. Cornil et Ranvier, *Hist. pathol.*, tome I, page 224.

M. Toupet (1) a vu dans un cas « l'inflammation débiter au moins en certains points par la vasa vasorum, ceux-ci sont oblitérés non pas comme dans la tuberculose par une coagulation fibrineuse mais par une désintégration inflammatoire de la paroi et la substitution progressive du tissu embryonnaire au tissu de cette paroi. Au degré extrême, la veine est remplacée par un nodule plus ou moins volumineux ne présentant pas, à la périphérie, des prolongements inflammatoires comme on en voit dans la tuberculose. Cette zone périphérique est assez nettement limitée ; au centre de certains nodules il y a un commencement de désintégration cellulaire et de mortification. Nulle part nous n'avons trouvé de cellules géantes. »

M. Toupet considère ces nodules comme de « véritables gommes miliaires. » Il semble y avoir là des caractères propres aux gommes syphilitiques, mais il faut reconnaître qu'ils sont bien peu accusés. Nous ne retrouvons pas « les éléments cellulaires de la partie centrale, petits et tombant en débris moléculaire, tandis que ceux de la périphérie volumineux, fusiformes se confondent avec les tissus voisins, » qui seraient caractéristiques des gommes syphilitiques d'après Cornil et Ranvier. De plus les vaisseaux au lieu de pénétrer à la périphérie du nodule occupent le centre. MM. Quènu et Hartmann font remarquer que « l'existence de ces nodules embryonnaires n'est pas suffisante pour affirmer d'une manière absolue la syphilis et qu'ils sont peut-être dus à l'irritation que détermine la

1. Toupet, Quènu et Hartmann. Obs. LVIII, page 272.

pénétration dans les vaisseaux d'agents microbiens encore indéterminés ».

D'ailleurs, s'il s'agissait réellement là de gomme syphilitiques on pourrait se demander pourquoi elles ne continuent pas leur évolution comme dans le cas de gomme rectale signalé par Kuster où l'on trouva à l'autopsie les parois de l'intestin épaissies, renfermant un tissu calleux et cicatriciel et des masses jaunes analogues à celles des lésions gommeuses.

Il est, en effet, étonnant que la gomme, lésion essentiellement destructive partout où on l'observe, provoque ici une hyperplasie cylindrique des parois. On pourrait objecter que la gomme a terminé son évolution et que les éléments dégénérés ont été résorbés. Mais, partout où une gomme se répare, on constate une atrophie de l'organe, le testicule est transformé en haricocèle, la lèvre en moignon informe, le foie bien que rarement diminué de volume, est presque toujours déformé, l'hypertrophie d'un lobe compensant l'atrophie du lobe voisin.

Dans le rétrécissement du rectum ce qui domine c'est l'hypertrophie de toutes les tuniques et principalement de la couche sous-muqueuse et ce qui frappe à l'examen des coupes c'est l'infiltration embryonnaire diffuse plutôt que la sclérose des parois.

On pourrait dire, avec M. le professeur Fournier, que le rétrécissement du rectum est la conséquence non d'une gomme mais d'une néoplasie syphilitique de structure initiale indéterminée. « Il y a tout lieu de croire qu'il consiste primitivement en une hyperplasie conjonctive, laquelle, abandonnée à son évolution propre, se transforme plus

tard en production fibreuse ». Les lésions développées dans les parois rectales par la syphilis sont celles qu'on observe au niveau d'autres organes du foie, des lèvres par exemple. Mais ici le microscope ne permet à lui seul de tirer aucune conclusion. D'après MM. Cornil et Ranvier « dans beaucoup de ces néoplasmes on ne saurait trouver de différence anatomique avec ceux que cause l'inflammation simple. » Quant aux lésions vasculaires que M. Toupet a observées dans trois cas et qui par leur aspect rappellent les caractères assignés à l'endartérite syphilitique, il semble que ce soient-là des lésions insuffisantes pour affirmer la syphilis. L'artérite syphilitique ne présente pas des caractères tellement nets pour qu'on puisse l'affirmer au simple examen d'une coupe de vaisseau. Ceux-ci, dit Oettinger (1), « réagissent à l'égard du microbe de la syphilis tant poursuivi et jamais découvert comme ils réagissent à l'égard de tout agent pathogène. » Et avec M. Thoinot (2) il faut reconnaître « que la découverte d'un agent pathogène spécial au sein des lésions donnerait seule à cette artérite un cachet de spécificité anatomique. D'ailleurs MM. Melville, Wasserman et Hallé (3), ont trouvé dans les cas de rétrécissement de l'urèthre des lésions d'endartérite des artères spongieuses et personne pourtant ne soutient l'origine syphilitique de ces sténoses. MM. Quénu et Hartmann (4), après avoir

1. Oettinger. *Traite Médecine*, tome V, page 390.

2. Thoinot. *Manuel médecine de Debove-Achard*. Tome II, page 383.

3. *Bulletin Soc. Anat.*, 1891, page 76.

4. Quénu et Hartmann. *Chirurgie du rectum*, pages 286 et 288.

décrit une variété syphilitique de rétrécissement du rectum, ajoutent « nous pouvons affirmer que chez des syphilitiques les rétrécissements du rectum peuvent présenter des caractères histologiques très différents de la variété type syphilitique... D'autre part la formation des nodules embryonnaires arrondis se rencontre dans des rétrécissements survenus en l'absence de toute syphilis connue. » Chez la malade qui fait le sujet de notre observation I, et chez laquelle la syphilis n'est pas douteuse, on a relevé des lésions histologiquement tuberculeuses. Nous pouvons donc conclure que l'histologie n'apporte aucune preuve en faveur de l'existence du syphilome ano-rectal, et que les cas de rétrécissement ne cadrant pas avec cette hypothèse deviennent de plus en plus nombreux.

L'anatomie générale va-t-elle nous fournir des preuves en faveur du syphilome ano-rectal? M. Tuffier (1) a signalé au niveau des lèvres des lésions qui lui sont comparables jusqu'à un certain point. La *labialité scléreuse* étudiée par cet auteur, détermine d'abord une hypertrophie symétrique de la lèvre, sans nodosités, avec infiltration diffuse et consistance plus ferme de l'organe malade. A une période avancée, la lèvre se couvre de syphilides superficielles pustulo-crustacées ou tuberculeuses. On ne relève jamais de cicatrisation, mais une sclérose avec déformation de l'organe qui lui donne une forme irrégulière, mamelonnée avec des sillons entrecroisés, finalement la lèvre est réduite à l'état de moignon informe. Ces défor-

1. Tuffier. *Revue de chirurgie*, 1886, page 784 et suivantes.

mations, ces crevasses ne rappellent guère l'hypertrophie régulière des parois du rectum dans les cas de rétrécissement. Cette dissemblance s'accuse encore si on considère les lésions syphilitiques tertiaires du larynx, de l'œsophage et de l'intestin lui-même dans le cas de gomme rectale observée par Küster. Dans tous ces cas, les lésions primitivement ulcéreuses s'accompagnent plus tard de cicatrices irrégulières, de brides saillantes qui déforment complètement l'organe et le désaxent. Par contre, on a observé sur le tube digestif des rétrécissements dus à une hyperplasie fibreuse analogues à ceux du rectum, et que personne n'a jamais rattaché à la syphilis.

M. le professeur Le Dentu (1) et Harrisson Cripps (2), ont observé au niveau du colon des sténoses qui ne résultent pas de cicatrices. Le premier de ces auteurs dit « qu'on a trouvé au niveau du rétrécissement, siégeant dans le colon ascendant, les lésions microscopiques signalées par Malassez dans les rétrécissements du rectum dits syphilitiques » et il ajoute : « cette néoplasie intestinale paraît être constituée par des altérations de nature inflammatoire. »

Reste enfin une dernière objection que l'on adresse à la théorie du syphilome ano-rectal. Comment se fait-il que le traitement spécifique par le mercure et l'iodure de potassium ne réussisse pas dans les rétrécissements du rectum alors que les autres lésions tertiaires cèdent d'une façon si prompte à cette médication. On répond que le

1. Le Dentu. *Bulletin Acad. m ed.*, 28 juillet 1891.

2. Harrisson Cripps. *Med. Soc. London*, 20 octobre 1891.

traitement a été institué trop tard, qu'il est sans influence sur des lésions fibreuses constituées, et que traité à la période initiale, l'évolution du rétrécissement peut être enrayée. A l'appui de cette opinion on cite quelques faits. Dans l'observation de Vidal de Cassis (1), il est dit : « après avoir administré le traitement mercuriel, j'extirpai les tumeurs qui bordaient l'anus, ce qui me permit l'introduction de mèches dont j'augmentai progressivement le diamètre et j'obtins ainsi par la combinaison du traitement général à l'extirpation et à la compression une cure complète. »

Godebert (2) cite deux rétrécissements qui furent notablement améliorés par l'emploi combiné de la médication spécifique et de la dilatation progressive. Dans deux autres cas, M. le professeur Fournier (3) dit avoir constaté une amélioration considérable sous l'influence du traitement spécifique seul. Deux fois, dit Trélat (4) : « j'ai vu la médication iodurée amener dans un cas une quasi-guérison ; une autre fois, chez un malade que j'ai suivi pendant quatre ans, une très grande amélioration consistant en un arrêt dans la marche progressive de la maladie (5) ». Aucun des cas que nous venons d'énumérer n'est

1. Vidal de Cassis in Fournier. *Syphilis tertiaire*, page 67.

2. Godebert. Thèse de Paris, 1873. Obs. XIV, page 35, et Obs. XV, page 37.

3. Fournier, *Syphilis tertiaire*, page 24.

4. Trélat in Fournier. *Bull. acad. méd.*, déc. 1894, page 532.

5. Il existe un cas de Guérin cité par M. Godebert et M. Fournier, dans lequel la médication iodurée aurait été suivie de succès. Nous avons cherché cette observation, mais faute d'indications bibliographiques, il nous a été impossible de la retrouver.

absolument concluant, mais il existe une observation très détaillée de Verneuil (1), dans laquelle le traitement paraît, au premier abord, avoir eu une influence curative. Il s'agit d'un Mexicain âgé de 68 ans chez lequel la syphilis est d'abord méconnue. Le malade accuse des douleurs périnéales, des troubles de la miction et de la défécation avec écoulement anal de muco pus dans l'intervalle des garde-robes.

A l'examen pratiqué à la fin de juillet 1894 on constate une tuméfaction située à la partie inféro-antérieure de l'anus. Le toucher rectal révèle un notable degré de contracture des sphincters, mais la muqueuse ano-rectale paraît saine. Verneuil fait le diagnostic d'abcès de la marge de l'anus, mais les troubles de la miction persistant après l'incision de cet abcès, comme ce chirurgien trouve un rétrécissement du méat et un spasme de la région bulbo-membraneuse de l'urèthre, il croit avoir méconnu un abcès urinaire. Il passe des bougies uréthrales, les troubles de la miction cessent et l'état général s'améliore. Par contre la plaie périnéale ne se cicatrise pas, au lieu d'être creuse, infundibuliforme, elle se transforme en une saillie aplatie d'un côté à l'autre, saillie d'un rouge violacé, molle. Les douleurs périnéales reparaissent plus violentes, les troubles de la défécation s'accroissent, la santé s'altère à nouveau. Grâce à un interrogatoire minutieux on apprend alors que le malade a eu des accidents syphilitiques et on procède vers la fin août à un nouvel examen. A ce moment on trouve l'orifice anal contracté.

1. Verneuil. *Bulletin Acad. méd.*, déc., 1894, page 520 à 532.

reporté en avant, les plis rayonnés de l'anus sont hypertrophiés, et le toucher rectal révèle un rétrécissement cylindrique de toute la portion sphinctérienne. La muqueuse est réticulée, cannelée, et la sténose se termine à la jonction des portions ampullaire et sphinctérienne par une bride saillante située en arrière.

Verneuil fait alors le diagnostic : de gomme syphilitique de la marge de l'anus, de rétrécissement syphilitique du rectum et ordonne le traitement mixte. « Dix jours plus tard la plaie périnéale est réduite, plane, l'hypertrophie des plis rayonnés de l'anus a diminué de moitié, douleurs périnéales et ténésme rectal ont disparu, les selles sont plus régulières, l'orifice anal admet l'index, le spasme musculaire a cessé, la bride qui rétrécissait en haut et en arrière la région anale à la façon d'une valvule s'est résorbée. A l'examen au spéculum on constate que la muqueuse anale est rouge, finement vascularisée, épaissie et comme infiltrée « on aurait pu croire à une rectite pure et simple. » L'amélioration va ensuite s'accroissant et le 15 novembre 1894 « la guérison était bien près d'être complète. »

Dans cette observation très complète nous relevons une rectite antérieure à l'apparition du rétrécissement, et nous soutenons dans ce travail que l'inflammation chronique est la cause efficiente des sténoses rectales. La gomme anale a pu provoquer cette rectite au même titre que les hémorroïdes enflammées, les abcès de la marge de l'anus ou de la fosse ischio-rectale. Cette gomme s'étant résorbée sous l'influence du traitement il est naturel que les phénomènes de rectite aient cessé. De plus Ver-

neuil insiste sur l'aggravation des symptômes après ouverture de la tuméfaction périnéale. Or, dans une région comme l'anus où l'asepsie est si difficilement réalisable, il ne serait pas étonnant que cette ouverture eût servi de porte d'entrée à des infections secondaires, d'où les accidents consécutifs observés, qui aurait disparu en même temps que leur cause première.

Mais en dehors de cette interprétation on peut dire que le traitement antisyphilitique n'exerce aucune influence sur le rétrécissement du rectum constitué, le seul qu'on observe en pratique, et M. le professeur Duplay est surpris « que de temps à autre il ne se présente pas quelques sujets à la période initiale du syphilome ano-rectal, chez lesquels par conséquent le traitement spécifique devrait réussir ».

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

Au point de vue symptomatique la rectite chronique hypertrophique, quelle que soit sa forme ou sa nature, présente trois périodes dans son évolution.

I. — *La première période* caractérisée par des phénomènes d'inflammation plus ou moins accusés n'est pas signalée par les auteurs classiques. Ils parlent d'une période latente pendant laquelle rien ne trahit la formation de la sténose. L'observation des malades suivis dès le début, disent MM. Quénu et Hartmann (1) « est en désaccord avec cette opinion cependant classique. Nous avons toujours trouvé que les symptômes de rectite chronique existent dès l'origine d'une manière manifeste. Chez une femme qui présentait ultérieurement un rétrécissement du rectum nous avons même pu constater la lésion initiale suppurante alors que le canal intestinal était absolument libre. »

M. le professeur Tillaux a observé un fait semblable. « Je soignais avec mon ami le Dr Ferrand une jeune fille vierge atteinte de rectite, muqueuse ulcérée, granuleuse, écoulement purulent mélangé de glaires et de sang.

1. Quénu et Hartmann, page 297 (*Chirurg. du rectum*).

... Nous ne tardâmes pas à constater la production d'une bride sous-muqueuse faisant relief dans la cavité du rectum et diminuant progressivement et rapidement le calibre de l'intestin ». Cette rectite est signalée dans l'observation de Verneuil que nous avons résumée (page 60), elle existait dans presque toutes les observations que nous avons lues.

Desprès.	6 observ.	6 fois rectite antérieure
Perret.	13 »	14 »
Sauri.	6 »	6 »
Jacquinot	9 »	9 »
Carré.	36 »	33 »
Gauran.	5 »	4 »
Quénu et Hartmann. . .	12 »	12 »
Cas que nous rapportons.	9 »	9 »
	96	90

Sur un total de 96, cas où le début de l'affection est mentionné 90 fois, la rectite se trouve dans les antécédents.

Sur les 6 cas qui restent, le mal s'est annoncé par une constipation opiniâtre quatre fois; dans les deux autres cas, Carré signale des troubles de la défécation sans spécifier. M. Hamonic, à propos de la maladie qu'il a décrite, insiste sur cette période d'inflammation chronique. L'observation de M. Reclus (1) est typique à ce point de vue. Il s'agit d'un médecin principal de marine s'observant

1. Reclus. *Arch. gén. méd.*, sept. 1885.

bien et chez lequel on a pu suivre les diverses étapes évolutives de la maladie. « Jeune collégien, il avait à tout instant des épreintes du ténésme et des phénomènes de rectite. Ces symptômes présentaient des périodes de calme et d'exacerbation, celles-ci survenant spontanément ou provoquées par la moindre fatigue ».

M. Sourdille décrit au rétrécissement tuberculeux une première période de rectite. « Le malade éprouve une douleur brûlante, cuisante dans toute l'extrémité inférieure du tube digestif, il est tourmenté par des épreintes du ténésme. Les envies d'aller à la selle sont fréquentes, se répètent 10, 15, 20 fois par jour, mais le plus souvent le malade se consume en vains efforts, il expulse des glaires striées de sang, du pus, mais pas de matières, car la constipation est fréquente ».

Dès cette période, la défécation est fréquemment douloureuse, on relève parfois de la sphinctéralgie qui paraît être en rapport avec la constipation (Obs. I et III). Cette douleur n'est cependant pas constante, elle manque dans nos observations V et VII.

Un symptôme plus fréquent, c'est l'expulsion, soit au début, soit à la fin de la défécation, d'un peu de muco-pus ou de glaires. Nous trouvons ce fait noté dans nos neuf observations.

On relève parfois des hémorrhagies (Obs. V) abondantes par l'anus sans que le malade ait jamais présenté des hémorroides et que l'on puisse soupçonner la dysentérie.

D'après M. Sourdille, dans le rétrécissement tuberculeux

1. Sourdille. *Arch. gén. méd.*, juillet 1895, pages 52 et 53.

la rectorrhagie qui peut exister seule au début « se montre avec une constance presque pathognomonique. L'hémorrhagie est plus ou moins abondante, se répète à des intervalles plus ou moins rapprochés, c'est une véritable épistaxis rectale que nous ne saurions mieux comparer qu'aux hémoptysies du début de la phthisie pulmonaire. »

Dans l'intervalle des garde-robes on observe dès cette période un écoulement anal de muco-pus parfois strié de sang qui incommode beaucoup les malades (Obs. II, V et VIII) Chez la femme cet écoulement anal peut coïncider avec un écoulement vulvaire, le premier persistant après la disparition du second (Obs. I).

Enfin, signalons dans les antécédents des malades bien avant l'apparition des phénomènes de sténose l'existence de fissures, de fistules, d'abcès péri-rectaux, Obs. V de prolapsus du rectum.

Si on pratique le toucher rectal à cette période, l'anus est tantôt contracté, tantôt béant et dilaté, quelquefois infundibuliforme et fait aussitôt penser aux rapports contre nature. La muqueuse est souvent inégale, légèrement rugueuse, les plis normaux ont pu disparaître en partie ou s'exagérer; elle était granuleuse dans le cas de M. le professeur Tillaux. Elle est épaissie, a perdu son velouté normal et une partie de sa souplesse, dès ce moment, il peut exister des condylomes. A l'examen au spéculum elle est rouge, finement vascularisée, ulcérée comme dans un cas de MM. Quénu et Hartmann, elle peut être tomenteuse.

II. — Si l'évolution des symptômes n'est pas enrayée nous arrivons à la *période d'état* caractérisée par des

végétations, ou une infiltration des parois. Le plus souvent les deux lésions coexistent.

I.— Dans la *forme proliférante* les symptômes de rectite de la première période restent les mêmes ou s'exagèrent. La muqueuse se couvre de végétations verruqueuses dont le volume s'accroît plus ou moins vite. Si la prolifération débute dans le rectum, elle passe inaperçue du malade, le médecin seul, en pratiquant fréquemment et régulièrement le toucher rectal pourra suivre l'évolution du mal. Le plus souvent le malade s'adresse au médecin lorsque les végétations ont envahi les régions sphinctérienne ou anale. La maladie peut d'ailleurs débiter à ce niveau, dans les cas où la lésion initiale, telle qu'accident vénérien, a occupé ce siège.

Chez certains malades soigneux, les végétations extérieures peuvent manquer complètement.

La rectite proliférante une fois constituée, Hamonic lui décrit trois types.

1° Végétations nombreuses, petites, égales couvrant la muqueuse rectale comme d'un semis, au niveau duquel le doigt éprouve une sensation râpeuse. A l'œil, la muqueuse rappelle l'aspect des peaux de chagrin à gros grains.

2° Végétations nombreuses mais de volume variable, les unes sessiles, les autres pédiculées, toutes présentant un aspect papillomateux manifeste, qui rappelle les végétations qui accompagnent parfois la blennorrhagie ;

3° Végétations rares volumineuses, quelquefois uniques (polype granulo-papillaire de Gosselin) (1), affectant le

1. Gosselin. *Cliniques de la Charité*, tome III, page 330.

volume d'une noisette, d'une noix même (Obs. I). Ces végétations volumineuses peuvent être pédiculées, c'est alors un véritable polype qui peut n'apparaître à l'anüs qu'au moment des garde-robes, d'autres fois il sort constamment et n'est pas réductible, c'est la forme qui correspond au molluscum fibreux recto-anal de M. Reclus.

Ces tumeurs sont blanchâtres ou grisâtres, quelquefois rouges, suivant leur point d'implantation sur la peau ou la muqueuse. Leur consistance est ferme, quelquefois dure et comme cornée. Nombreuses et petites elles simulent les verrues auxquelles les avait assimilé Rognetta. Volumineuses, elles sont tendues ou flétries, dans ce cas elles sont ordinairement régulières et lisses, mais par suite d'une inflammation chronique elles peuvent prendre un aspect en chou-fleur. Les grosses végétations procidentes et irréductibles peuvent s'ulcérer. On constate alors une surface bourgeonnante, saignant facilement, à base indurée, dont l'aspect rappelle celui du cancer (Obs. IX).

Au toucher ces végétations résistent sous le doigt, ne se laissent ni effriter, ni entamer par l'ongle, saignent peu ou pas, à moins qu'elles ne soient ulcérées. Elles peuvent se prolonger dans le rectum par une sorte de repli muqueux remontant plus ou moins haut.

Weld dans un cas, Hamonic dans un autre, ont vu se développer à la vulve et dans le vagin des végétations semblables à celles de la rectite proliférante et coïncider avec elle. Un caractère important sur lequel insistent MM. Hamonic, Delbet et Mouchet, c'est qu'entre les végétations le doigt arrive sur une muqueuse qui a conservé sa souplesse et sa mobilité normales.

II. — *La rectite sténosante pure* peut s'accompagner des déformations anales signalées, contracture ou béance suivant les cas, mais rien ne trahit extérieurement sa présence. Dans un cas de M. le professeur Berger, par la palpation, « on sent que l'anus représente l'extrémité inférieure d'un cylindre plein enfoncé entre les deux ischions, et dont on ne peut atteindre la limite supérieure. » Cette hauteur considérable du rétrécissement existait dans notre observation VI, il s'accompagnait, en outre, d'un épaississement de la paroi recto-vaginale, l'induration se prolongeait au-delà du cul-de-sac vaginal postérieur. Mais cette extension du rétrécissement est exceptionnelle et la forme sténosante de la rectite chronique hypertrophique est caractérisée objectivement par un anneau plus ou moins large inclus dans l'épaisseur des parois rectales, au niveau duquel la muqueuse présente la plupart de ses caractères normaux.

III. — Les caractères objectifs de la *rectite chronique hypertrophique, proliférante et sténosante*, résultent de la combinaison des lésions que nous venons de passer en revue. Celles-ci se superposent dans la majorité des cas, et non seulement nous retrouvons ici végétations et rétrécissement, mais chez le même malade on peut relever les trois types de végétations décrits par Hamonic, en sorte que c'est bien là une forme mixte, intermédiaire aux deux autres. Au pourtour de l'anus on relève des végétations du volume d'un pois ou d'une noisette, quelquefois de celui d'une noix formant là une sorte de couronne irrégulière, qui constitue le *bouquet condylomateux* de M. le professeur

Fournier. Lorsque ces tumeurs sont confluentes, elles sont aplaties selon leurs faces en contact, et assez fréquemment, elles sont ulcérées à ce niveau par suite du frottement et de l'écoulement constant du muco-pus. On peut ne relever que quelques rares condylomes, parfois un seul; ils peuvent s'implanter au pourtour de l'anus ou s'insérer à l'intérieur de ce canal: s'ils siègent à ce niveau, ils constituent les condylomes internes de M. Desprès (Obs. IV). Plus souvent le doigt, dès qu'il a franchi l'orifice anal, perçoit une muqueuse sèche, chagrinée, râpeuse et s'engage ensuite dans la portion rétrécie qui présente généralement deux lésions. Une série de plis verticaux au nombre de cinq à six, et au niveau de ceux-ci ou dans leur intervalle, de petites saillies papillomateuses dont le volume oscille entre celui d'un grain de chènevis et celui d'un petit pois (Obs. II).

Au-dessus du point coarcté, la muqueuse peut être exulcérée comme l'a vu Gosselin, ou bien recouverte de végétations analogues à celles que nous avons décrites au pourtour de l'anus (Obs. IV).

L'aspect que nous venons de décrire est celui qu'on observe le plus souvent, mais on peut relever une foule de cas intermédiaires. Les végétations que nous venons de signaler peuvent, comme dans un cas de MM. Quénu et Hartmann (1), être petites, confluentes, s'implanter sur une peau et une muqueuse œdématisées, d'où la disposition papillomateuse des parties. Dans l'observation de MM. Delbet et Mouchet (2), les végétations situées dans

1. Quénu et Hartmann. *Chir. du rectum*. Obs. 57, p. 304.

2. Delbet et Mouchet. *Arch. gén. méd.*, nov. 1893, p. 514.

l'intérieur du canal au-dessous du rétrécissement étaient volumineuses, irrégulières, et furent prises par certains pour un cancer.

Les symptômes fonctionnels de la rectite chronique hypertrophique arrivée à la période d'état sont à peu près les mêmes dans les trois formes. Que le canal ano-rectal soit simplement rétréci, ou obstrué par des végétations, il survient à ce moment une constipation opiniâtre. Les garde-robes deviennent de plus en plus rares, et elles n'ont lieu qu'au prix de grands efforts et de douleurs souvent très vives. Il y a des alternatives de constipation et de diarrhée. L'expulsion des matières liquides est peu douloureuse et assez facile (Obs. I), mais celle des matières solides est toujours pénible même dans la forme proliférante. Les matières sont constamment diminuées de calibre, comme passées à la filière, elles sont aplaties ou rubanées, assez souvent ovillées, et peuvent présenter des déformations irrégulières dans les cas de végétations.

Afin de se procurer un soulagement les malades ont constamment recours aux purgatifs et aux lavements. Certains arrivent à se constituer un régime spécial grâce auquel ils ont des selles régulières. Au début ces précautions peuvent suffire et l'état général demeure bon, mais il arrive un moment où la défécation devient pour ainsi dire impossible. Les malades pour expulser le bol fécal introduisent les doigts dans le rectum ou le vagin, comme l'ont vu Broca et Godebert (Obs. II). D'autrefois ils ont recours à des corps étrangers (1), « un tube long de un

1. Jacquinot. Obs. XVII.

piéd et demi destiné à porter un courant d'eau au-dessus du rétrécissement » (Obs III). Les garde-robes durent longtemps, plusieurs heures (1), une demi journée (2). L'expulsion des matières s'accompagne d'un grand sentiment de bien-être. Celles-ci sont constamment recouvertes de muco-pus.

Si le rétrécissement envahit la région sphinctérienne on observe d'après MM. Quénu et Hartmann (3) « de la rétention des matières en même temps que de l'incontinence, et l'on voit alors les matières sourdre d'une manière continue ou s'échapper par fusées. »

L'écoulement anal que nous avons signalé à la première période s'est accusé, il est devenu constant et importune beaucoup les malades. Rognetta (4) compare cet écoulement à l'incontinence d'urine par rétention. Il s'accompagne d'un érythème de la région anale (Obs. II et VII) et parfois d'ulcérations fissuraires qui sont le point de départ d'une sphinctéralgie atroce. Cependant on observe des cas où l'anus est béant, dilaté, et pourtant la défécation et le toucher le plus délicat sont affreusement douloureux.

Parvenue à la période d'état l'évolution de la rectite chronique hypertrophique est fatalement progressive. Hamonic met en doute la guérison de la forme proliférante même légère. « Plusieurs des malades que nous suivons depuis très longtemps, et qui se considèrent

1. Jacquinot. Obs. XIX. Thèse de Paris, 1889.

2. Godebert. Obs. XVII. Th. doct. Paris, 1873.

3. Quénu et Hartmann. *Chirurg. rect.*, page 298.

4. Rognetta. *Bull. général de thérapeutique*, 1834.

comme guéris, conservent dans leur rectum des tumeurs proliférantes sessiles qui paraissent avoir subi une organisation définitive et irrémédiable. » La forme sténosante pure, semble, d'après une observation que nous rapportons (Obs. V) être, dans certains cas, le premier stade de la forme mixte, mais elle peut aussi évoluer indépendamment comme dans l'Observation VI. Dans la forme mixte végétations et sténose vont en augmentant.

D'ailleurs les phénomènes inflammatoires, cause première de la maladie, persistant, s'exagérant même, il est rationnel que les lésions qu'ils ont provoqué s'accroissent. Aussi, après un temps plus ou moins long, le malade arrive à la période terminale ou de cachexie si une intervention ne vient enrayer l'évolution du mal.

III. — La maladie abandonnée à elle-même, l'écoulement anal augmente, il répand une odeur infecte et s'accompagne d'un suintement sanguin, parfois de véritables hémorrhagies et le malade va s'affaiblissant.

La constipation devient de plus en plus opiniâtre, l'expulsion du bol fécal n'a lieu qu'à la suite d'efforts considérables et prolongés durant lesquels on a vu survenir une chute de la matrice, un prolapsus du rectum, ou se produire des hernies, des hémoptysies (1). Toutefois on n'a jamais observé d'oblitération complète du canal recto-anal. Ball (2) rapporte un cas d'obstruction complète déterminé par l'arrêt d'un noyau de prune au niveau de la

1. Hulke. *A group of cases discases of the rectum* (*Ibid Times and Gaz* 1879. Vol, I, p. 504.

2. Ball. *The rectum and anus*. London, 1887, p. 150.

partie rétrécie. On put avec une pince extraire le corps étranger.

Afin d'éloigner le moment redouté d'aller à la garde robe, certains malades se privent de nourriture (Obs. III). Dans l'intervalle de celles-ci, ils souffrent habituellement de ballonnement abdominal, de borborygmes (Obs. IV), de coliques.

Les matières s'accumulant durant un temps très long, on peut sentir à la palpation de l'abdomen une tumeur siégeant au niveau du colon pelvien. A l'autopsie d'une de nos malades, les scybales remontaient jusque dans le colon transverse (Obs. IV).

Les phénomènes d'auto-intoxication s'accusent, il y a perte de l'appétit, état saburral des voies digestives, des nausées et parfois des vomissements (Obs. III et VI). Le malade ne s'alimentant plus, maigrit, perd ses forces, l'anémie s'accuse et il ne tarde pas à prendre une teinte grisâtre, terreuse, rappelant celle du cancer.

A cet état général précaire, dit de Santi (1) : « il faut ajouter les troubles profonds des facultés morales du malade. Abattu par la souffrance, incapable d'une autre pensée que celle de ses maux, il oublie ses affections, ses travaux, ses plaisirs et ne songe qu'à une chose, débarrasser son intestin, c'est là l'idée qui le tourmente.

Objet de dégoût pour lui-même et pour les autres, il s'isole peu à peu de la société, son caractère devient sombre et irritable, le découragement et le désespoir s'emparent de son esprit et des pensées de suicide se

1. De Santi. In Jacquinot. Thèse doct. Paris, 1889, p. 42.

présentent à lui. » S'il ne met volontairement fin à ses jours le malade est emporté par les progrès de la cachexie, souvent par la tuberculose ou par une maladie intercurrente (érysipèle, pneumonie, grippe) revêtant immédiatement une allure très grave chez ce malade affaibli. Une de nos malades (Obs. IV) a succombé à une péritonite suppurée à la suite d'une rupture de l'intestin gangréné.

Complications. — Dans un grand nombre de cas, l'évolution de la rectite chronique hypertrophique est compliquée par la production d'abcès ou de fistules, soit anales (Obs. II et VII), soit recto-vaginales (Obs. I). Les fistules anales qui accompagnent le rétrécissement auraient, d'après Trélat (1), un aspect caractéristique. « Elles sont parfaitement sèches, ne fournissent aucun liquide, presque aussitôt que formé leur trajet se cicatrise; il est souvent très court et semble alors découpé à l'emporte-pièce. Ces fistules sont ordinairement multiples, séparées par de petits ponts à bords irréguliers, elles intéressent la région inférieure au point rétréci, loin de le contourner pour s'ouvrir au-dessus. » D'après MM. Quénu et Hartmann (2), « elles peuvent avoir pour point de départ l'ulcération située au-dessus du rétrécissement. Elles occupent alors l'espace pelvi-rectal supérieur, peuvent s'ouvrir dans le vagin ou même la vessie. Enfin, d'autres fois, l'inflammation s'étend vers la fosse iliaque comme nous en avons observé un cas ».

1. Trélat. *Clin. chir.*, tome II, page 316.

2. Quénu et Hartmann. *Chir. rectum*, page 302.

Gosselin et Huguier (1) ont vu le rétrécissement coïncider avec un esthiomène hypertrophique et ulcéreux de la vulve.

La péritonite aiguë généralisée peut être consécutive à une rupture de l'intestin altéré (Obs. IV), à la suite de violents efforts de la défécation, comme l'a observé Liouville (2), au simple toucher rectal dans un cas de Lannelongue (3), ou bien à des tentatives de dilatation (Pinguet, Verneuil) (4).

Une malade de Trélat (5), à la suite d'une dilatation, présenta « deux énormes abcès à la racine de chaque cuisse et une pelvi-péritonite qui manquèrent lui faire perdre la vie ».

La pelvi-péritonite adhésive se relève assez souvent aux autopsies et quelquefois lorsqu'on pratique l'extirpation du rectum (Obs. VI).

Marche et Pronostic. — La marche de la rectite chronique hypertrophique est généralement assez lente, mais elle est fatalement progressive.

Hamonic n'a jamais vu la forme proliférante disparaître seule ou sous l'influence du traitement médical ; de plus, la maladie a une tendance manifeste à la pullulation, comme nous le verrons à propos du traitement. Les formes sténosantes et mixtes une fois constituées n'ont jamais

1. Huguier. *Mém. Acad. méd.* Tome XIV.

2. Liouville. *Bull. Soc. Anat.*, 1867, page 384.

3. Lannelongue. In thèse Pinguet. Paris, 1873, page 27

4. Verneuil. *Bull. soc. chir.*, 1872, page 450.

5. Trélat. *Bull. soc. chir.*, 1872, page 573.

rétrocédé d'elles-mêmes ou sous l'influence d'une médication interne.

Abandonnée à elle-même, l'affection par les progrès de la cachexie et la tuberculose concomitante ou consécutive amène le malade à la mort.

On se trouve donc en présence d'une affection grave incompatible avec l'existence à un moment donné, et qui exige un traitement sérieux. Mais il faut avouer que malgré les nombreuses méthodes mises en usage contre elle, la maladie récidive trop souvent. Dans presque tous les cas, la rectite cause efficiente du mal, persiste, après intervention et entraîne la formation de nouvelles productions morbides.

Toutefois nous devons ajouter que cette maladie est compatible avec une existence prolongée lorsqu'elle est régulièrement soignée. On voit des malades vivre 10, 15 et 20 ans avec cette infirmité à la condition qu'il prennent quelques précautions.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC.

Dans la majorité des cas le diagnostic de rectite chronique hypertrophique est facile à condition que l'on pratique l'exploration ano-rectale. Or c'est là une omission fréquente dans la pratique et cela pour plusieurs raisons dit M. le professeur Fournier (1). « Sans parler de la répugnance naturelle des malades pour un examen de ce genre, sans parler du refus qu'opposent parfois certaines femmes à une exploration qui les effraie et de l'utilité de laquelle elles ne se rendent pas compte, le médecin n'est pas toujours suffisamment invité à pratiquer le toucher rectal par les indications qui lui sont fournies ou les symptômes qu'il constate. Il peut être trompé par les renseignements qu'on lui donne, il peut prendre le change sur les troubles fonctionnels qui lui sont accusés, bref il interprète mal la nature de ces troubles, il n'est pas conduit au soupçon du rétrécissement rectal et partant il ne songe pas à explorer le rectum..... Par décence, par pudeur, par scrupule, les malades ne parlent pas du malaise rectal qu'ils éprouvent, non plus des difficultés spéciales de la déféca-

1. Fournier. *Leçons sur la syphilis tertiaire*. Paris, 1875, p 53.

tion ; conséquence ils égarent le médecin... Ce sont là moins des erreurs de diagnostic que des surprises à éviter. »

En s'assurant par la vue et même par le toucher de l'état anatomique des parties, on n'attribuera pas à un flux hémorroïdaire, les hémorrhagies qu'on observe quelquefois dans la rectite chronique hypertrophique. Cette erreur est d'autant plus facile qu'il existe dans la majorité des cas, des végétations péri-anales *des condylomes*, simulant les hémorroïdes, mais qui en diffèrent par leur coloration, leur sécheresse, leur consistance élastique et leur irréductibilité. Toutefois comme les hémorroïdes s'observent dans les cas de rétrécissement, l'exploration rectale montrera s'il existe ou non une modification des parois du canal.

Grâce à la même précaution on éliminera la diarrhée dysenteriforme et l'on reconnaîtra la véritable cause d'une constipation opiniâtre.

Il y a quelquefois sphincteralgie dans la rectite chronique hypertrophique, elle est consécutive le plus souvent à des fissures anales. Comme celles-ci s'accompagnent des mêmes troubles de la défécation, qu'elles résultent souvent d'une constipation opiniâtre, on évitera toute confusion en pratiquant le toucher rectal.

La même précaution permettra de rapporter à leur véritable cause les fistules si fréquentes dans les rétrécissements.

Il faut donc, suivant le conseil de Trélat(1), « se méfier

1. Trélat. *Clin. chir.* Tome II, page 305.

des lésions du canal ano-rectal, pratiquer le toucher au moindre indice de gêne. C'est là un précepte sur lequel j'ai souvent insisté dans mon enseignement et que je pratique moi-même presque jusqu'à l'indiscrétion, vous dirais-je, si je n'appréciais de plus en plus la grande importance de cette recherche. »

On a pratiqué le toucher rectal et reconnu qu'il existe un obstacle au libre passage des matières, il reste alors à déterminer la nature de cet obstacle.

I. — *La rectite proliférante* « a des caractères si tranchés, dit M. Hamonic, qu'il suffit d'avoir vu un cas pour ne plus hésiter. » A cette maladie seule appartiennent les saillies multiples, arrondies, indépendantes les unes des autres; de consistance ferme, cornée, rugueuse, résistant sous le doigt sans se laisser entamer par l'ongle et s'implantant sur une muqueuse saine et mobile.

Le cancer végétant simule seul cette affection, mais ici les tumeurs sont molles, fongueuses, ulcérées; se déchirent facilement sous le doigt, saignent abondamment et reposent sur une muqueuse épaissie, indurée, inextensible.

MM. Hamonic (1), Delbet et Mouchet (2), insistent sur ce fait que, dans la rectite proliférante, le doigt arrive dans l'intervalle des végétations sur une muqueuse saine. Dans le cas (Obs. IX) que nous rapportons par suite de la confluence extrême des végétations, de leur volume inégal, on ne pouvait constater cette intégrité de la muqueuse.

1. Hamonic. Thèse Doct. Paris, 1895, page 305.

2. Delbet et Mouchet. *Arch. gén. méd.*, novembre 1893, page 677.

Aussi rapprochant ce fait, de la tumeur ulcérée, indurée, siégeant à droite de l'anus, on pensait au premier abord au cancer. Toutefois l'absence d'hémorrhagie, l'indolence des tumeurs, leur longue évolution, leur dureté, leur confluence, et surtout ce fait que les tissus sur lesquels elles reposaient avaient conservé une partie de leur souplesse et leur mobilité sur les plans profonds, permirent de reconnaître leur véritable nature, diagnostic confirmé d'ailleurs par l'examen microscopique.

Les polypes glandulaires s'observent presque exclusivement dans l'enfance, ils sont assez rarement multiples, et dans ce cas se distinguent des végétations de la rectite proliférante par leur mollesse, leur surface lisse, régulière. Il s'agit là de tumeurs bénignes, avec tendance marquée à la guérison spontanée et ne récidivant pas après extirpation.

II. — *La forme sténosante de la rectite chronique hypertrophique* se reconnaît aisément. Nulle part ailleurs on ne trouve cet épaississement annulaire, inextensible, inclus dans l'épaisseur des parois rectales :

Ce rétrécissement admet parfois le doigt, et l'on peut alors atteindre sa limite supérieure, dans d'autres cas il est tellement serré (Obs. VI) qu'il faut recourir à des instruments appropriés pour déterminer sa hauteur. On peut dans ces cas recourir aux sondes à boule, aux sondes à sac de baudruche insufflable de Laugier. L'instrument le plus commode est un explorateur à boule olivaire, analogue à celui qui sert à l'examen de l'urèthre. En ramenant à soi l'instrument, le talon butte et indique la limite supé-

rière du rétrécissement. Trélat conseille de combiner chez la femme le toucher rectal et vaginal. De la sorte on peut s'assurer jusqu'où remonte l'épaississement de la cloison recto-vaginale, mais comme celle-ci est souvent intacte, les lésions siégeant surtout dans la tunique sous-muqueuse du rectum, on ne retire pas toujours d'indications précises de cet examen (Obs. IV) qu'il est cependant utile de pratiquer.

La hauteur du rétrécissement, sa forme circulaire, les phénomènes de rectite dont il s'accompagne, permettront de différencier la variété sténosante, d'avec les rétrécissements cicatriciels formés de brides saillantes, irrégulières, qui déforment l'organe. Les commémoratifs, l'examen de la région anale permettront de trouver la véritable cause de ces coarctations.

Trélat (1) avait remarqué que les rétrécissements congénitaux ne se manifestent parfois qu'à un âge avancé.

D'après M. Schwartz (2) « ils feraient leur apparition à la suite d'une rectite de cause quelconque. » Ces rétrécissements, comme ceux en éperon décrits par M. le professeur Tillaux (3), et qui sont d'après lui d'origine congénitale, siègent constamment à 3 centimètres de l'anus et résultent d'une malformation embryonnaire. La cloison qui les constitue est souple, se déprime facilement sous le doigt, ils ne sont jamais cylindriques, mais affectent une forme en croissant ou en drapeau.

1. Trélat. *Clin. chir.* Tome II, page 303.

2. Schwartz. *Presse méd.*, 22 sept. 1894, page 304.

3. Tillaux. 9^e congrès de chirurgie, in *Semaine méd.*, 23 oct. 1895, page 445.

Le cancer annulaire du rectum est une rareté pathologique; il s'accompagne d'une induration beaucoup plus accusée que dans la forme sténosante, c'est le « rectum de bois » de M. le professeur Duplay (1), il n'a pas d'ailleurs la régularité de cette dernière affection.

III. — Le diagnostic de la *rectite chronique hypertrophique à la fois proliférante et sténosante*, peut offrir de sérieuses difficultés, dans les cas où la muqueuse située au dessus ou au-dessous du rétrécissement présente de grosses végétations. Dans l'observation de MM. Delbet et Mouchet il est dit que plusieurs de ceux qui examinèrent la malade firent le diagnostic de cancer végétant. La même confusion a été faite chez un de nos malades (Obs. IX), elle eût été possible dans un autre cas que nous rapportons (Obs. IV).

Dans ces cas, les végétations simulent celles du cancer, le rétrécissement rappelle l'induration dont s'accompagne celui-ci. On ne parvient au diagnostic que par une analyse attentive des sensations fournies par le toucher et par une interprétation raisonnée des signes fonctionnels. En faveur de la rectite chronique hypertrophique plaident : le début de la maladie, l'âge des malades, la longue évolution du mal. Le cancer est plus douloureux, s'accompagne d'hémorrhagies souvent très graves, d'un écoulement fétide, d'engorgement ganglionnaire.

Les indications les plus utiles sont fournies par le toucher. Dans la rectite chronique hypertrophique les végéta-

1. Duplay. *Journal des praticiens*, sept. 1894, page 292.

tions sont régulières, dures, cornées, ne se laissent pas attaquer par l'ongle, saignent peu ou pas du tout ; tandis que dans le cancer on trouve des masses molles, friables, à côté d'autres qui sont encore dures et résistantes, elles saignent au moindre contact. De plus, ces productions néoplasiques reposent sur une muqueuse indurée, épaissie, en sorte que le toucher est douloureux même pour le chirurgien. Dans la rectite proliférante et sténosante, entre les végétations le doigt arrive sur une muqueuse ayant conservé ses caractères normaux, c'est au-dessus ou au-dessous d'elles que le doigt sent la portion rétrécie qui ne présente pas non plus l'induration et l'adhérence aux parties voisines dont s'accompagne le cancer.

Jusqu'ici nous avons supposé le rétrécissement accusable au doigt, mais il peut siéger plus haut comme nous l'avons déjà dit. D'après Kummel (1), ces rétrécissements se traduisent : « Par des troubles vagues ; pesanteur, brûlure stomacale, perte de l'appétit, troubles de l'état général. Les symptômes qui attirent l'attention du côté du rectum ne se manifestent que peu à peu. Ce sont des douleurs passagères au niveau du sacrum, épreintes, ténesme avec évacuations insuffisantes. Tout d'un coup les malades se sentent pris d'un besoin subit d'aller à la selle et après des efforts plus ou moins considérables, durant lesquels ils n'évacuent que des mucosités, il arrive un moment où le malade n'est plus maître d'arrêter par une brusque contraction des sphincters le passage des matières ». Si on soupçonne le rétrécissement on pourra s'assurer de son existence

1, Kummel in Jacquinot. Thèse doct. Paris, 1889, page 48.

en explorant le rectum avec des sondes. Mais alors les causes d'erreur abondent : arrêts de la sonde contre un repli de la muqueuse, le promontoire, ou des scybales, etc...

La rectite chronique hypertrophique reconnue, sa variété déterminée, peut-on reconnaître cliniquement sa nature? M. Sourdille (1) donne comme caractère objectif du rétrécissement tuberculeux, son extension progressive en hauteur. D'après le même auteur la rectorrhagie du début serait presque pathognomonique de la tuberculose.

Mais c'est surtout sur l'absence de syphilis, sur l'hérédité, l'état général du malade, la présence ou l'apparition d'une tuberculose locale ou généralisée qu'on fera le diagnostic de rétrécissement tuberculeux, et encore dans certains cas (Obs. IV) l'examen histologique pourra ne pas confirmer cette opinion. Quant à la présence du bouquet condylomateux on l'a observé dans des cas où la tuberculose pouvait seule être mise en cause.

1..Sourdille. *Arch. gén. méd.*, juillet 1895, page 56.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT.

Le traitement de la rectite chronique hypertrophique constituée, quelle que soit sa variété ; relève exclusivement de la chirurgie. En nous occupant de la pathogénie, nous avons cité les cas de rétrécissements dits syphilitiques du rectum dans lesquels le traitement antivénérien a paru avoir une action. Nous nous sommes expliqué sur l'observation très détaillée de Verneuil, la plus complète de celles que nous connaissons. Durant la période prémonitoire souvent fort longue qui précède le développement des végétations ou du rétrécissement, il semble rationnel d'admettre qu'on pourrait enrayer la marche de la maladie. Une médication appropriée en faisant disparaître la cause première de la rectite devrait empêcher le passage de celle-ci à l'état chronique. Mais en pratique, cette période prémonitoire échappe et lorsque le malade s'adresse au médecin, celui-ci se trouve en présence de lésions constituées, irrémédiables.

TRAITEMENT MÉDICAL

M. Hamonic considère le traitement médical comme suffisant dans les cas de végétations petites, sessiles et en petit nombre.

D'après M. Sourdille (1), il serait absolument inefficace dans le retrécissement tuberculeux. « Les préparations médicamenteuses (iodoforme, gaiacol, créosote) en applications locales, doivent inspirer une faible confiance. Dans tous les cas où elles ont été employées leur effet a été nul. Inutile de parler des cautérisations avec le chlorure de zinc, si utiles dans le traitement des tuberculoses locales, ici le remède ne pourrait que hâter la sténose. Toutefois le traitement général de la tuberculose est indiqué, car il aura pour objectif de prévenir la généralisation du mal et de soutenir les forces du malade. »

Dans tous les cas, si le traitement médical est impuissant à guérir le malade, il lui sera cependant très utile. A l'aide des lavements et des purgatifs, l'huile de ricin à petite dose quotidienne, de préférence, on maintiendra la régularité des garde-robes. Les topiques locaux en pommades ou en suppositoires calmeront les douleurs. Par des injections détersives on pourra modifier les sécrétions. Les mesures de propreté et les soins hygiéniques seront d'un

1. Sourdille. *Arch. gén. méd.*, juillet 1895, page 59.

grand secours. On maintiendra les forces des malades, grâce à une alimentation et des toniques appropriés. Cependant il ne faut pas s'attarder à cette thérapeutique, précieuse, sans doute, mais uniquement palliative, et recourir aux méthodes chirurgicales avant que l'état général du malade soit compromis.

TRAITEMENT CHIRURGICAL.

I. — *Rectite chronique hypertrophique proliférante.*

L'extirpation des végétations, dans les cas de rectite proliférante, est le procédé qui se présente à l'esprit. On peut recourir à l'arrachement, à l'excision dans les cas des tumeurs sessiles, à la torsion si elles sont pédiculées. Hamonic après Trélat donne la préférence à la cautérisation.

M. Reclus propose la ligature élastique, et après chute de l'excroissance, la cautérisation de la base d'implantation avec l'acide chromique. Il faut savoir que ces végétations ont une tendance très accusée à la reproduction. Dans l'espace de dix mois, chez la malade dont parle Rognetta (1), on pratiqua dix ou douze fois l'excision des tumeurs, et l'auteur ajoute : « au bout de ce temps j'ai perdu cette malade de vue et j'ignore ce que son mal sera devenu dans la suite. »

Les choses se sont passées de même dans l'observation de M. Reclus (2). « En août 1880 le Dr Duplony abraze les

1. Rognetta. *Gazette médicale de Paris*. Juin 1836.

2. Reclus. *Arch. gén. méd.* Sept. 1885 page 271 et suivantes.

tumeurs au thermo-cantère, en octobre nouvelle opération dont les résultats furent nuls. Malgré un traitement médical régulièrement suivi, les troubles fonctionnels persistent et en 1881 les tumeurs étaient aussi développées qu'avant toute intervention chirurgicale. En juin 1885 Verneuil pratiqua la rectotomie sans résultats appréciables et le 19 juillet M. Reclus procède à l'extirpation des tumeurs. « Cette opération transforme le malade, et si ce n'était la plaie de la rectotomie qui n'est pas cicatrisée il pourrait être considéré comme guéri. »

Lorsque les végétations sont peu nombreuses et sessiles il semble logique de se borner à l'extirpation, mais devant la persistance des récidives il faut reconnaître que cette méthode est insuffisante. La rectotomie linéaire ne trouve pas des indications dans la rectite proliférante puisqu'il n'y a pas de rétrécissement à proprement parler. L'extirpation du rectum paraît être, par contre, une méthode bien radicale puisque la muqueuse est saine dans l'intervalle des végétations.

Deux cas peuvent se présenter, suivant le volume, le nombre et l'extension des végétations.

Si les tumeurs siègent au voisinage de l'orifice anal MM. Delbet et Mouchet conseillent l'excision de la muqueuse telle qu'on la pratique d'une façon courante et avec succès contre les hémorroïdes.

Si au contraire les végétations remontent très-haut dans le rectum comme chez le malade dont nous rapportons l'observation (Obs. IX) les troubles graves dont s'accompagne la maladie, paraissent être une excuse suffisante pour tenter l'extirpation du rectum. Le malade opéré de

la sorte par M. Delbet a tiré le plus grand bien de cette intervention. Après l'opération les troubles fonctionnels ont cessé; quatre mois plus tard, les végétations n'ont pas reparu, le canal anal est rétréci (il admet l'index jusqu'à mi-hauteur de la première phalange) car durant l'extirpation on dut sectionner les sphincters, mais il n'y a pas incontinence des matières et des gaz et la défécation s'exécute normalement.

2° Rectite chronique hypertrophique sténosante et mixte.

Les formes sténosante et mixte de la rectite chronique hypertrophique présentent des indications opératoires analogues. Nous allons passer en revue les divers traitements mis en usage contre elles.

Dilatation lente, employée pour la première fois par Desault, n'agit pas, comme l'avait cru Dupuytren, en amenant le ramollissement et la résorption du tissu fibreux, mais d'une façon mécanique et c'est à ce titre que cette méthode existe dans la thérapeutique actuelle. Il est certain, que lorsqu'elle est bien supportée, elle donne des améliorations (Obs. V) passagères, mais le rétrécissement s'accuse de nouveau dès qu'on la supprime. Crédé (1) préfère la dilatation lente à toute autre méthode de traitement et lui attribue même des succès, mais il ne rapporte pas les observations dans lesquelles il a vu la guérison succéder à ce traitement. Costallat (2) avait déjà dit « on serait peut-être embarrassé pour citer des cas de guérison

1. Crédé, *Arch. f. Klin. Chirurgie*, 1892, T. XLIII page 175-284.

2. Costallat, *Essai sur un nouveau mode de dilatation*, 1834 page 7.

bien authentiques ». Colles (1), Allingham, Verneuil (2), Trélat (3) sont unanimes à reconnaître que ce traitement a amélioré le sort d'un grand nombre de malades, mais ils n'en ont jamais vu guérir un seul. C'est donc là un traitement palliatif auquel on peut recourir avant toute autre intervention, de plus, à la suite de la rectotomie ou de l'extirpation, il pourra rendre de grands services en prévenant les récidives si fréquentes, nous le verrons.

L'emploi de cette méthode est cependant subordonnée à de certaines indications. Dans les cas où le rétrécissement s'accompagne de sphincteralgie, la dilatation provoque des douleurs atroces et doit être abandonnée, de même dans les cas où elle détermine une augmentation de l'écoulement anal.

Actuellement on pratique la dilatation progressive soit avec des bougies en gomme comparable aux bougies uréthrales mais à extrémité mousse, soit avec des bougies rigides du type de celle d'Hégar, servant à la dilatation utérine. La sonde chaude recouverte d'un corps gras sera introduite lentement, avec beaucoup de douceur, elle ne doit provoquer aucune souffrance. La dilatation doit être progressive, on commencera toujours par un numéro ou deux plus faibles que le plus gros numéro passé la séance précédente. La bougie ne sera laissée en place que cinq minutes au plus et les séances, surtout au début, seront espacées de deux ou trois jours.

1. Colles et Russells. In Tison. Thèse Paris, 1877.

2. Verneuil. *Bull. soc. chir.*, 1872, page 450.

3. Trélat. *Bull. soc. chir.*, 1872, page 575.

Blondeau (1) a observé plusieurs fois de la rétention d'urine chez des malades traités par la dilatation. Il existe dans la science plusieurs accidents graves et même mortels survenus à la suite de l'application de cette méthode. Ces cas malheureux doivent rendre très prudent.

Dilatation forcée. — C'est surtout dans les cas où l'on a employé une certaine violence que les accidents signalés sont survenus. Cooper avait préconisé cette méthode en Angleterre. On la pratiquait avec les doigts introduits dans le rectum ou avec des instruments spéciaux, mais elle est universellement abandonnée. Verneuil (2), M. le professeur Le Dentu (3) ont signalé des cas de mort après son emploi.

Cautérisation. — Everard Home, Amussat, Richet ont eu recours à ce procédé, mais à la chute des eschares il survient un rétrécissement cicatriciel encore plus serré que le premier.

Rectotomie interne. — On doit rejeter cette opération à cause des douleurs atroces dont elle s'accompagne et des accidents d'infection (4) auxquels elle expose le malade. Elle est d'ailleurs inefficace, et doit être suivie de dilatation pour donner des résultats. C'est de plus un procédé aveugle qui expose à l'ouverture du rectum avec toutes ses conséquences (5).

1. Blondeau. *Arch. gén. méd.*, 1868. Tome I, page 155.

2. Verneuil. *Bull. soc. chir.*, 1872, page 450.

3. Le Dentu. *Gaz. hop.* 1875, page 1044.

4. Liouville. *Bull. soc. Anat.*, 1867, page 724.

5. Carré. Thèse Doct. Paris, 1893. Obs. XIV, page 71.

Rectotomie externe. — M. le professeur Panas (1) a posé les règles de cette opération qui de son aveu a été avantageusement remplacée par la rectotomie linéaire.

Rectotomie linéaire. — Verneuil (2) pratiqua pour la première fois cette opération en 1863 à l'aide de l'écraseur en suivant le plus possible la ligne médiane postérieure. Plus tard il perfectionna son procédé par la taille d'un lambeau derrière l'anus et substitua le thermo-cautère à l'écraseur linéaire. Pour cela le malade anesthésié et couché sur le côté droit, on taille avec le couteau du thermo-cautère un lambeau triangulaire ayant sa base au niveau du coccyx et sa pointe à l'anus. Ce lambeau libéré, la face postérieure du rectum est mise à nu. Si à ce moment la voie n'est pas assez large on prolonge les incisions latérales. On perfore ensuite celui-ci de dehors en dedans avec une sonde cannelée qu'on fait ressortir à l'anus. Sur celle-ci on sectionne avec le thermo-cautère les tuniques rectales. Dans quelques cas Verneuil enlevait un lambeau triangulaire de la paroi rectale disposé en sens inverse du lambeau cutané, c'est-à-dire ayant sa base à l'anus et le sommet au-dessus du rétrécissement.

Pendant près de 20 ans cette méthode a été employée presque exclusivement. Elle a l'avantage de ne pas faire perdre du sang à des malades affaiblis et l'emploi du thermocautère diminue les chances d'infection.

1. Panas. *Bull. soc. chir.*, 1872, page 539.

2. Verneuil. *Bull. soc. chir.*, 1872, page 455.

Mais la plaie de la rectotomie linéaire est longue à se cicatriser, et il persiste presque toujours une fissure verticale. Ce n'est là au fond qu'une opération palliative ; on sectionne le rétrécissement mais les lésions demeurent en place. Les malades éprouvent un soulagement immédiat, le cours des matières étant rétabli, les douleurs disparaissent et l'état général s'améliore.

Par contre l'incontinence des matières qui suit forcément la section des sphincters peut n'être que temporaire, mais le plus souvent elle devient permanente. « Jamais on ne peut faire espérer au malade qu'il recouvrera entièrement la faculté de garder ses matières, » dit M. le professeur Duplay (1). Aussi Prengrueber (2) propose-t-il sous le nom d'*anoraphie postérieure*, de faire une quinzaine de jours après la rectotomie la suture après avivement des deux bouts des sphincters divisés. « Chez la malade chez qui j'ai fait cette opération les sutures n'ont tenu que partiellement, mais les bénéfices obtenus par ce résultat incomplet me permettent de vous recommander une opération qui n'offre aucun danger et qui peut être fort utile. »

M. Ricard (3) adresse encore un reproche à la rectotomie linéaire. « L'écoulement de muco-pus persiste dans la majorité des cas avec la même abondance qu'avant l'opération, d'autant plus que la partie supérieure de la plaie en se cicatrisant forme souvent une espèce d'éperon, au des-

1. Duplay. *Semaine méd.* Novembre 1892, page 642.

2. Prengrueber. *Bull. médical*, 9 décembre 1888.

3. Ricard, in La bouskii Thèse doct. Paris, 1895, page 17.

sus duquel le rectum se dilate, s'il ne l'était pas avant, les matières stagnent dans cette ampoule et entretiennent la suppuration. » Cette méthode ne prévient pas d'ailleurs la récurrence du mal. Dans un cas de M. le professeur Le Dentu cette récurrence est survenue 19 jours après l'intervention.

Voici d'ailleurs les résultats éloignés de 32 cas de rectotomie linéaire réunis par Lachowski auxquels nous en ajouterons un nouveau (Obs. I) :

3 morts immédiates par érysipèle.

5 morts par cachexie ou phthisie entre 5 mois et 4 ans après l'opération.

22 récurrences survenues entre 19 jours et 10 ans.

2 malades perdus de vue.

2 chez lesquels la guérison se maintient, chez l'un au bout de deux ans, chez le deuxième depuis 9 ans.

Ajoutons que chez tous ces malades la suppuration a persisté et que plusieurs ont présenté de l'incontinence des matières depuis l'opération.

Malgré ces résultats peu encourageants la rectotomie linéaire est cependant indiquée dans les cas où l'extirpation du rectum est impossible, à cause des lésions du périnée, des adhérences de l'intestin et du mauvais état général du malade.

Rectotomie autoplastique. — M. Péan (1) imagina cette opération pour remédier aux inconvénients de la rectotomie postérieure. Ce procédé consiste à combler la plaie de la rectotomie par une autoplastie, ce qui empêche le

1. Péan. *Leçons clin.* Tome VIII, page 52 et suiv. Jacquinot. Thèse Doct. Paris, 1889.

contact de celle ci avec les matières et favorise la cicatrisation. L'index de la main gauche introduit dans le rectum, on incise d'un seul coup sur la ligne médiane postérieure, le rectum, la peau de la région ano-coccygienne et les tissus interposés. La section doit intéresser le rétrécissement et toute la portion d'intestin située au dessous, y compris les sphincters. On abaisse ensuite l'angle supérieur de l'incision rectale, au contact de l'angle postérieur de l'incision cutanée, et on suture la peau à la muqueuse dans toute l'étendue de la plaie.

Jacquinet rapporte les observations de quatre malades opérés par ce procédé, mais ceux-ci n'ont pas été suivis suffisamment pour permettre d'apprécier cette intervention. Toutefois MM. Quénu et Hartmann.(1), chez une malade morte deux ans après l'opération et chez laquelle les phénomènes de rectite avaient persisté, ont constaté que le rétrécissement ne s'était pas reformé.

Rectoplastie. — En septembre 1894 M. Schwartz (2) faisait connaître un nouveau mode d'intervention qu'il avait mis en usage dans un cas.

Ce chirurgien pratiqua une incision suivant le raphé interfessier, incision allant à la pointe du coccyx à 2 centimètres de l'anus, de façon à respecter les sphincters. Par cette voie il mit à nu la face postérieure du rectum qui fut incisé verticalement au niveau de la portion ré-

1. Quénu et Hartmann. *Chirurg. du rectum*, page 317.

2. Schwartz. *Presse méd.*, 22 sept. 1894, page 302.

trécie. A travers cette fenêtre il sectionna ensuite la paroi rectale antérieure de haut en bas. Cela fait les deux lèvres de la plaie furent rapprochées de façon à transformer l'incision verticale en incision transversale. De la sorte le calibre de l'organe était augmenté de toute l'étendue de la suture. Au niveau de la face postérieure M. Schwartz laissa, en fermant les sections, une petite ouverture constituant une soupape de sûreté pour l'écoulement temporaire des matières. Le quinzième jour après l'opération il ne restait plus qu'une petite fistulette sur le point de se fermer.

Entero-anastomose. — Cette opération a été pratiquée par Bacon. On fait la laparotomie médiane et l'on met à nu l'anse sigmoïde du colon pelvien. La branche mâle d'un bouton de Murphy est appliquée sur le point de l'intestin qui va servir à l'anastomose. Puis avec une pince spéciale on introduit par l'anus la branche femelle du bouton de Murphy avec laquelle on perfore le rectum au-dessous du rétrécissement. Les deux branches du bouton sont alors articulées et l'on suture l'anse sigmoïde avec le rectum, de crainte que les anses de l'intestin grêle ne viennent s'interposer. Lorsque le bouton est expulsé, cinq à sept jours plus tard, on introduit un clamp par l'anus. Une des branches de l'instrument s'engage dans la boutonnière qu'on a créée, l'autre dans le rétrécissement.

En serrant les branches de l'instrument, la cloison est sectionnée et le calibre du rectum se trouve agrandi par l'adjonction d'un canal complémentaire créé par la destruction de la cloison.

Cette méthode qui présente l'avantage de respecter les sphincters, aurait donné un succès à Bacon (1).

Colotomie. — Au début on eut presque exclusivement recours à la colotomie lombaire, aujourd'hui abandonnée, pour la colotomie iliaque. Cette opération préconisée par un certain nombre de chirurgiens étrangers a été pratiquée en France par MM. Le Dentu (2), Duplay (Obs. III), Delbet (2). Ce n'est là qu'un traitement indirect, une méthode d'exception, précieuse chez des malades affaiblis, présentant des phénomènes d'occlusion intestinale ou bien encore dans les cas où des inflammations, des supurations, des fistules interdisent toute action directe sur le rectum. « Même dans ces cas, la colotomie doit demeurer une intervention préparatoire. En dérivant le cours des matières, elle facilitera la guérison des abcès et fistules et rendra possible une intervention radicale sur le rectum » (Delbet, Mouchet). Thiem (3), en procédant de la sorte, aurait obtenu un succès complet. Dans un cas M. Delbet avait voulu réaliser ce programme, il échoua pour un motif auquel il sera bon de penser à l'avenir. Après la colotomie iliaque, l'état général de la malade s'améliore rapidement, les lésions périnéales se cicatrisent. On entreprend l'extirpation du rectum par la voie

1. Bacon. *Mathens medical quarterly*. Louisville, 1894. Tome I, page 1.

2. Le Dentu. *Semaine méd.*, 1889, page 344.

3. Delbet et Mouchet. *Arch. gen. med.*, décembre 1893, page 682.

4. Thiem in Lachowski. Thèse doct. Paris, 1895, Obs. XXXII, page 61.

sacrée ; mais lorsqu'on voulut abaisser le rectum libéré, on fut arrêté par une résistance insurmontable et l'on put constater que l'intestin était fixé au niveau de l'anus artificiel. « Cet anus avait été fait sur la portion tout à fait inférieure de l'S iliaque et la fixation de l'intestin en ce point empêchait d'abaisser suffisamment le rectum pour qu'il fût possible d'extirper toute la partie malade. J'ai dû laisser l'opération incomplète et la malade a gardé son anus artificiel ».

Extirpation. — Gloeser (1) semble être le premier chirurgien qui ait pratiqué cette opération. Sa malade opérée en 1867 présenta une récurrence deux ans après.

Dix ans plus tard Lawson (2) pratiquait la même opération. Depuis cette époque, elle fut tentée un certain nombre de fois en Allemagne et en Autriche.

Mais ces faits demeurèrent isolés jusqu'au deuxième Congrès de chirurgie française en 1891, où MM. Terrier (3), Quénu (4), Richelot (5), apportèrent plusieurs observations.

Depuis, les interventions de ce genre se multiplièrent. A ce moment on crût avoir trouvé la vraie méthode de traitement du rétrécissement du rectum : « J'admets, dit Richelot, que la dilatation ne vaut rien, que les résultats de la rectotomie linéaire postérieure sont pré-

1. Gloeser. *Arch. f. Klin. Chir.* 1867. Tome IX, page 509.

2. Lawson. *The Lancet*, 1879, page 512.

3. Terrier. *Bull. Soc. Chir.*, 1891, page 145.

4. Quénu. *Ibid.*, 1891, pages 134 à 153.

5. Richelot. *Ibid.*, 1891, page 125.

caires et que le traitement de choix est l'ablation pure et simple des tissus indurés et rétractiles. »

Trois procédés ont été employés pour pratiquer l'extirpation du rectum :

A.— *Procédé périnéal.*— C'est le plus ancien en date, du moins en France ; c'est à cette méthode qu'eut recours M. le professeur Terrier et après lui MM. Berger, Jaboulay, Poncet (1), Ricard (2).

Nous rapportons trois nouvelles observations (Obs. I, II et IV).

Ce procédé est d'ailleurs un peu variable suivant les chirurgiens qui l'utilisent. En général on fait une incision circulaire à quelques millimètres en dehors de l'orifice anal. Pour se donner plus de jour on pratique une deuxième incision linéaire suivant la ligne ano-coccygienne. Avec un instrument moussé, ou mieux avec les doigts, on détache les lambeaux cutanés de façon à mettre à nu la face postérieure du rectum. On dégage ensuite avec les doigts celui-ci de ses connexions. Lorsqu'il est complètement libéré jusqu'au-dessus du rétrécissement, on le fend verticalement selon la face postérieure afin de permettre l'examen de la muqueuse. On saisit ensuite les parois rectales avec un instrument ou un fil passé au travers au dessus du point sur lequel va porter l'extirpation. Puis, à petits coups de ciseaux on sectionne transversalement le rectum au-dessus de la partie malade. L'extrémité inférieure est détachée de même et on abaisse alors

1. Garreau. Thèse Doct., Lyon 1892, pages 60 et 66.

2. Ricard et Carré, thèse Doct., Paris, 1893, page 183.

le bout supérieur du rectum qu'on suture à la peau de la marge de l'anus.

S'il existe des clapiers ou des fistules dans les tissus pérectaux on les nettoie durant l'opération aussi soigneusement que possible.

B. — *Procédé de Kraske plus ou moins modifié.* — D'après M. Richelot « c'est en prenant la voie sacrée qu'on pourra opérer avec le plus de précision, enlever tous les tissus malades et reconstituer parfaitement la région anale. » MM. Quénu, Albarran (1), Delbet ont employé cette méthode.

Pour cela le malade étant placé dans le décubitus latéral droit on fait une incision médiane allant de l'anus jusqu'au milieu du sacrum. Le coccyx est mis à nu et réséqué, on peut s'en tenir là, ou bien si le rétrécissement est élevé abattre l'aile gauche du sacrum après avoir dénudé les ligaments sacro-sciatiques, dans une hauteur plus ou moins grande, sans dépasser toutefois le troisième trou sacré. Le rectum se trouve ainsi mis à nu et l'on termine l'opération comme dans la méthode précédente.

C. — *Ablation du rétrécissement par les voies naturelles.* — Ce procédé a été préconisé par M. Hartmann (2). M. Segond (3) dans un cas avait eu recours à une méthode analogue, il peut être décomposé en trois temps.

1. Albarran. In Carré, Thèse doct. Paris, 1893, Obs. XLV, page 125.

2. Hartmann. In Congrès de Chir. Paris, 1883.

3. Segond. In. Gauran Thèse. Doc. Lyon, 1892, page 54.

1^o Dilatation de l'anus faite avec les doigts ou mieux avec le spéculum de Nicaise ;

2^o Abaissement et isolement du rétrécissement.

Dans l'observation de M. Segond, ce chirurgien pratiqua une incision circulaire à la jonction de la muqueuse et de la peau, puis il décolla cette muqueuse de la face interne des sphincters, et poursuivit ce décollement jusqu'au-dessus de la portion rétrécie. On enleva ensuite tout le segment muqueux à retrancher, et l'on sutura le bout inférieur à la peau de la marge de l'anus. Evidemment ce procédé très bénin, puisqu'il se borne à l'excision de la muqueuse, doit être rarement applicable, puisque, avons-nous dit, le rétrécissement ne siège pas dans la muqueuse mais c'est la tunique celluleuse qui est hypertrophiée. Aussi ce procédé pratiqué par la même voie que celui de M. Hartmann en diffère presque totalement au point de vue de l'abaissement et de l'isolement de la portion rétrécie.

M. Hartmann, après dilatation de l'anus, saisit le rétrécissement avec des pinces et l'abaisse au niveau de l'anus. Il sectionne alors le rectum tout autour de la portion indurée. L'intestin est ensuite décollé des parties voisines, et s'il n'existe pas d'adhérences inflammatoires l'abaissement s'exécute sans peine.

3^o Section du rectum et fixation à la peau du bout supérieur invaginé.

On sectionne verticalement la portion rétrécie et au-dessus d'elle on coupe transversalement le rectum à petits coups de ciseaux. Immédiatement après chaque coup de ciseaux on unit à la peau de la marge de l'anus la partie correspondante du bout rectal. De la sorte on maintient

le bout supérieur abaissé et on oblitère les vaisseaux au fur et à mesure qu'on les sectionne.

En terminant l'exposé des divers procédés d'extirpation du rectum, sans parler de l'antisepsie chirurgicale qu'exige l'opération elle-même, il faut rappeler les précautions auxquelles doit être soumis le malade avant que l'on intervienne. Il devra être purgé régulièrement plusieurs jours à l'avance et on devra lui faire prendre des lavements avec de l'eau boriquée afin de vider l'intestin et d'assurer son asepsie autant que faire se peut.

Le régime lacté, comme l'ont démontré les recherches de MM. Gilbert et Dominici (1), sera à ce point de vue d'un précieux secours, de même que les antiseptiques intestinaux, naphtol, salol, benzo-naphtol...

Dès la veille de l'opération et les jours suivants il sera bon d'administrer de l'extrait thébaique (10 centigr.) afin d'immobiliser l'intestin et de prévenir l'expulsion des matières les premiers temps qui suivront l'opération.

Parmi les trois procédés d'extirpation du rectum auquel donner le choix? Il est certain que le meilleur procédé serait celui qui, en permettant d'extirper le rétrécissement et de s'assurer l'état de la muqueuse au-dessus de lui, ménagerait le plus les sphincters. A ce point de vue le procédé de M. Hartmann est supérieur aux autres. Malheureusement il n'est applicable qu'à un petit nombre de cas, ceux dans lesquels le rétrécissement est situé

1. Gilbert et Dominici, Soc. de Biol., 17 mars 1891.

très bas, présente une faible élévation et une forme annulaire. Encore faut-il que la sténose soit mobile et surtout qu'il n'y ait pas d'adhérences péri-rectales, circonstances qu'on trouve assez rarement réunies. Le procédé de M. le professeur Duplay que nous rapportons (Obs. II) pourra être appliqué dans les cas où la muqueuse sous-jacente au rétrécissement sera saine.

Si le rétrécissement est étendu, qu'il siège à 4 ou 6 centimètres de l'anus, l'opération de Kraske complète ou incomplète permettra de bien s'assurer de l'état des parties malades. On a objecté à ce procédé la désunion de la suture en arrière qu'on voit survenir d'une façon à peu près constante et des fistules consécutives qui peuvent persister longtemps.

La voie périnéale est indiquée dans les cas où la sténose occupe à la fois l'anus et le rectum, et qu'elle s'accompagne de fistules. Ce procédé comme celui de Kraske modifié pourront être employés dans les cas d'adhérences péri-rectales nombreuses et solides (Obs. I), lorsque l'état général des malades n'imposera pas la rectotomie linéaire.

Voyons maintenant les avantages et les inconvénients de l'extirpation du rectum.

L'état général des malades s'améliore rapidement, l'appétit et les forces reparaissent, le poids augmente. Cette amélioration, dit-on, n'est pas passagère et momentanée comme dans la rectotomie, mais elle est progressive et persistante. La plaie une fois cicatrisée, la défécation devient facile et indolente. Cependant, les malades accusent pendant quelque temps une gêne de la position assise.

Lachowski a observé deux fois ce fait, il a existé chez deux de nos malades (Obs. I et IX).

La continence des matières solides est parfaite, celle des matières liquides et des gaz manque partiellement dans un grand nombre de cas. Le rectum demeure large et perméable, la récidence n'est signalée que dans un cas mais le plus grand nombre des malades conserve un écoulement anal de muco-pus.

Si aux 35 cas d'extirpation du rectum, cités par MM. Quénu et Hartmann, nous ajoutons les quatre cas rapportés dans ce travail, nous trouvons :

- 4 morts presque immédiates.
- 2 morts plus tardives.
- 1 mort par pneumonie au bout de six mois.
- 1 cachectique avancé.
- 10 opérés perdus de vue.

Parmi les 21 survivants, tous ont continué à suppurer :

- 1 a subi la colotomie iliaque (récidence).
- 1 a présenté des fistules stercorales.
- 8 ont de l'incontinence des matières et des gaz, parmi ceux-là, 6 ont un commencement de récidence.
- 1 Anus ogival et chute du rectum.
- 10 Présentent un écoulement anal de pus, chez quelques-uns il est très peu abondant comme chez notre malade (Obs. IX). Par contre, chez ce dernier, la portion sphinctérienne du canal anal est rétrécie.

En présence de ces résultats on ne peut guère partager l'enthousiasme des premiers auteurs qui se sont occupés de l'extirpation du rectum. C'est cependant là un réel progrès sur la rectotomie puisque un certain nombre de malades suivis depuis trois et quatre ans n'ont pas de récédive.

Electrolyse. — A côté des procédés chirurgicaux de traitement des rétrécissements du rectum, nous devons mentionner une méthode employée dans un certain nombre de cas et qui, d'après ses partisans, donnerait des résultats merveilleux.

Nous rapportons 15 observations de rétrécissements du rectum traités par l'électrolyse. Newman (1) de New-York, a rapporté treize cas dans lesquels cette méthode aurait produit des guérisons complètes dans certains cas, des améliorations sérieuses dans quelques autres. Nous n'avons fait que mentionner les Observations II et XII dans lesquelles il s'agit d'affections qui ne rappellent le rétrécissement du rectum que de loin. Le médecin Américain réclame la priorité dans l'application de cette méthode qu'il aurait employée pour la première fois en octobre 1871. Il a publié ses premières observations en 1882 (2).

En France, Lefort (3) avait publié, dès 1873, un cas de rétrécissement du rectum guéri, dit-il, par l'électrolyse. En

1. Newman. *Journal Amér. Med. Ass.* Chicago, 17 mai 1890. Tome 1. page 701 et suivantes.

2. Newman. *England Med. Monthly*, septembre 1882.

3. Lefort. *Gazette des hôpitaux*, 8 mars 1873, page 221.

1889, A. Fort (1) aurait obtenu une guérison complète en employant cette méthode. Nous nous bornerons dans ce travail à résumer ces observations dont quelques-unes nous ont paru dignes d'intérêt.

Tout d'abord exposons la technique préconisée par Newman. On placera le malade dans la position de la taille hypogastrique.

Une électrode métallique à bout olivaire introduite dans le rectum et maintenue au contact du rétrécissement, sera mise en communication, avec le pôle négatif d'une pile à courant continu. Le pôle positif communiquera avec un tampon imbibé d'eau chaude que le malade tiendra dans la main ou qui sera appliqué sur l'abdomen. Le galvanomètre interposé sur le courant de pile sera évidemment ramené au zéro durant les préparatifs. Ceux-ci terminés, on fait passer le courant électrique lentement, progressivement, introduisant les éléments un à un. L'intensité du courant employé oscillera entre 5 et 15 milliampères, dans aucun cas, on ne dépassera 20 milliampères. D'ailleurs, on graduera l'intensité du courant sur la susceptibilité du malade qui ne doit jamais éprouver de douleur. La durée de l'application galvanique ne dépassera pas 15 minutes.

OBSERVATION DE LEFORT.

La malade entre le 14 octobre 1872 à l'hôpital Lariboisière dans le service de Lefort. Elle avait été opérée cinq ans auparavant pour un rétrécissement du rectum.

1. A. Fort. *Gazette des hôpitaux*, 26 septembre 1889, page 995.

« A ce moment elle souffre d'une constipation opiniâtre, les matières sont aplaties, rubanées, couvertes de pus, les selles n'ont lieu que grâce aux lavements. Au toucher, on trouve un rétrécissement annulaire, mammeloné que l'extrémité de l'index atteint à peine et qui n'admet que la pointe du doigt. On pratique l'électrolyse, l'amélioration est notable au bout de huit jours et le 21 décembre 1872, le doigt s'engage facilement et librement dans le rectum, plus de constipation, matières de volume normal. L'électrolyse n'a pas été employée plus de vingt fois et n'a jamais provoqué ni douleur, ni hémorrhagie ».

OBSERVATIONS DE NEWMAN.

Obs. 1. — *Rétrécissement du rectum. Fistules anales multiples. Insuccès de la dilatation progressive. Succès par l'électrolyse. Mort par péritonite généralisée onze ans plus tard. Autopsie.*

Mrs Mary V..., 24 ans, femme de mœurs légères, alcoolique. Un accouchement à terme à 18 ans. Quelques mois après, fausse couche de 8 à 9 semaines. Pas de syphilis.

En mai 1871, on constate un rétrécissement situé à 2 pouces 1/2 de l'anus (63 millimètres) infranchissable au doigt.

Parois rectales indurées, à l'intérieur du rétrécissement on perçoit une masse dure, fibreuse. On pratique la dilatation avec des bougies rectales, les phénomènes douloureux s'exaspèrent et après la troisième séance, la malade refuse de continuer ce traitement.

1. Le pouce anglais (Inch). vaut 0^m,254. Elwald *Grammaire Anglaise*, page 202.

Le 1^{er} octobre 1871, Newmann revoit la malade, le rétrécissement s'est resserré, il existe plusieurs fistules, la malade est dans un état cachectique avancé.

Le 8 octobre on pratique l'électrolyse et immédiatement après la séance on constate que le rétrécissement a cédé et que la masse fibreuse est résorbée en partie. Sans que l'on ait de nouveau recours à l'électricité; l'amélioration s'accroît les jours suivants et le 10 octobre, le rétrécissement avait complètement disparu, les fistules persistent, mais il n'y a plus de troubles de la défécation et les selles sont régulières.

Le 10 avril 1882, la malade succombe à une péritonite aiguë généralisée. A l'autopsie on trouve la face postérieure du rectum adhérente au sacrum. Le pourtour de l'anus et le vagin sont recouverts de condylomes.

La muqueuse rectale présente, à l'extrémité inférieure, des cicatrices, mais il n'y a pas trace de rétrécissement. L'examen histologique pratiqué par le Dr Turny montre qu'il n'y a pas de lésions néoplasiques malignes.

La pièce fut présentée à la « *Pathological Society*, » et les membres présents purent constater que le rétrécissement avait disparu.

OBSERVATION II. — Il s'agit vraisemblablement, dans ce cas, d'occlusion intestinale de nature paralytique. Newman note un prolapsus de la muqueuse mais pas de rétrécissement.

OBSERVATION III. — Mrs P..., 30 ans, syphilitique.

Rétrécissement traité antérieurement par la dilatation progressive, la dilatation forcée et la rectotomie interne. La malade n'a retiré que des améliorations passagères de ces divers traitements. La sténose rectale s'est toujours reproduite.

Le 13 mai 1876 on constate avec un état général mauvais, un

rétrécissement cylindrique situé à 38 millimètres de l'anus, haut de 5 centimètres, admettant avec peine le doigt. Les parois rectales sont indurées, les tissus péri-rectaux et la cloison recto-vaginale sont épaissis et indurés. A la fin de la première séance d'électrolyse pratiquée avec une électrode mesurant 55 millimètres de circonférence, celle-ci peut franchir le rétrécissement. L'état général s'améliore, la dilatation progresse aux séances suivantes, mais l'induration rectale persiste.

Après la sixième séance d'électrolyse, on remarque que l'infiltration péri-rectale s'est manifestement accrue en hauteur et en épaisseur. On modifie alors le procédé opératoire, on enfonce dans la portion indurée de longues aiguilles à travers lesquelles on fait passer le courant électrique. On renouvelle plusieurs fois cette application et le 18 août 1876 on constate que le rectum a retrouvé sa souplesse et que le rétrécissement a complètement disparu. Depuis cette époque, la malade a été revue à diverses reprises, la guérison s'est maintenue. En mai 1889 on n'a pas pu revoir la malade.

OBSERVATION IV. — Mrs Mary O..., 38 ans.

Le 28 octobre 1880 on trouve à 55 millimètres de l'anus un rétrécissement admettant l'extrémité du petit doigt. Après la troisième séance d'électrolyse, les troubles de la défécation disparaissent et le 28 octobre 1880, après la huitième séance, les parois rectales ont retrouvé leur souplesse normale, la portion antérieurement rétrécie admet une bougie de 10 centimètres de circonférence et la malade complètement guérie reprend ses occupations.

OBSERVATION V. — *Quatre rétrécissements. Fistule recto-vaginale antérieure. Syphilis. Dilatation progressive.*

En 1877, le Dr Lockwood constate un rétrécissement du rec-

tum et pratique deux fois la dilatation avec des bougies. Cette intervention est si douloureuse que la malade refuse de s'y soumettre plus longtemps. Elle en retire cependant une amélioration notable.

En 1882, la malade consulte de nouveau le D^r Lockwood. A ce moment, le rétrécissement est si serré qu'aucune bougie ne peut le franchir.

Nouvelle dilatation après laquelle la malade expulse des matières du diamètre du petit doigt. A ce moment, une bougie introduite dans le rectum est arrêtée à 15 centimètres de l'anus.

Le 23 août 1883, le D^r Lockwood présente la malade à Newman. A l'examen, on constate une tumeur volumineuse arrondie, faisant saillie à l'anus, 5 centimètres plus haut on trouve un rétrécissement annulaire que l'extrémité de l'index ne peut franchir. La paroi antérieure du rectum est indurée. L'examen au spéculum montre plusieurs ulcérations profondes et une fistule recto-vaginale. Une fine bougie glissée à travers le rétrécissement est arrêtée par un deuxième rétrécissement à 75 millimètres de l'anus, par un troisième à 13 centimètres, par un quatrième à 25 ou 27 centimètres.

On touche les ulcérations avec une solution de nitrate d'argent.

Le 1^{er} septembre 1882, on fait l'électrolyse. A la fin de la séance l'électrode rectale qui mesurait 54 millimètres de circonférence franchit le rétrécissement. Dès la deuxième séance, la même électrode pénètre à 11 centimètres dans le rectum. A la fin de la troisième séance, une bougie urétrale française n^o 26 franchit le rétrécissement le plus élevé et s'enfonce de 31 centimètres dans l'intestin. Le 12 septembre quatrième séance d'électrolyse; le rectum paraît sain sur une hauteur de 12 cent. 5, les ulcérations ont disparu en laissant un peu d'induration, la bougie

urétrale française n. 26 pénètre à 13 centimètres dans le rectum. Cette amélioration se maintient aux séances suivantes, mais l'induration persiste, et le 14 octobre on suspend le traitement.

Le 18 novembre, on constate comme une récurrence, on reprend le traitement et après deux nouvelles séances d'électrolyse, l'induration des parois rectales est très modifiée, la malade va tous les jours à la garde-robe et le 15 décembre 1882, une bougie de 75 millimètres de circonférence pénètre facilement dans le rectum.

A partir de ce moment, la malade est perdue de vue et Newman ignore si la guérison s'est maintenue. Dans tous les cas, conclut-il, lors de mon dernier examen, elle était très améliorée.

Obs. VI. — *Trois rétrécissements. Dilatation progressive et opérations sanglantes antérieures. Electrolyse. Amélioration.*

Mrs S..., 35 ans.

Le début de la sténose rectale paraît remonter à 1866. Dilatation progressive en 1872. Un peu plus tard, opération sanglante à Germain's Hospital. Le rétrécissement se reforme nouvelle opération sanglante à Saint-Francis Hospital en 1877. Depuis, écoulement constant de pus et de sang par l'anus.

Le 13 septembre 1882. — Newman trouve un premier rétrécissement à 34 millimètres de l'anus, admettant seulement une bougie urétrale française n. 17. On constate deux autres rétrécissements à 7 c. 5 et 11 c. 5 de l'anus. Après la première séance d'électrolyse, une bougie urétrale française, n. 26, franchit aisément les deux premiers rétrécissements, le troisième en frottant. A la quatrième séance, on emploie comme électrode rectale un spéculum dont on porte l'écartement à 5 centimètres de circonférence et à la fin de la séance, l'index franchit aisément

le premier rétrécissement. L'amélioration va ensuite s'accroissant, et le 28 mars 1883, après 15 séances d'électrolyse, la muqueuse rectale a retrouvé sa souplesse normale, les sphincters leur tonicité.

Le 23 juillet 1884, la malade se représente avec un rétrécissement très serré situé à la partie supérieure du canal sphinctérien. On fait deux nouvelles séances d'électrolyse, et la malade ne pouvant s'occuper chez elle, entre à Bellevue-Hospital où le Dr Bryant pratique l'extirpation du rectum. Elle quitte l'hôpital très améliorée et passe des bougies rectales. Depuis cette époque, elle a eu une récurrence et est morte en octobre 1888.

Obs. VII. — *Deux rétrécissements.*

Mrs R. R., 43 ans. — Prolapsus du rectum en 1876. Entérite pseudo-membraneuse en 1879, depuis, troubles de la défécation.

Le 25 septembre 1882. — Newman introduit une sonde dans le rectum et trouve un rétrécissement à 12 c. 5 de l'anus. Une fine bougie franchit ce rétrécissement, mais elle est arrêtée par un deuxième situé dans le colon à 25 centimètres de l'anus.

A la fin de la première séance, l'électrode rectale mesurant 5 centimètres de circonférence pénètre à 32 c. 5 dans l'intestin. Le 2 janvier 1883, après trois séances d'électrolyse, la malade a des selles normales et une bougie mesurant 7 c. 5 de circonférence franchit le premier rétrécissement. La malade se trouvant très bien cesse le traitement, et quatre ans plus tard Newman apprend que la guérison s'est maintenue.

Obs. VIII. — G.-E. W..., 23 ans, étudiant en médecine.

Dans une lettre adressée à Newman le malade raconte son histoire.

Il n'a jamais eu de maladies vénériennes et attribue son rétre-

cissement à une dysentérie grave qu'il eut un an auparavant. En mars 1886, les phénomènes de sténose font leur apparition. Il fut examiné en avril, à Washington, par les D^{rs} Ford Thompson et King qui trouvent à 8 centimètres de l'anus un rétrécissement n'admettant pas les plus fines bougies. Craignant un cancer, ils engagent le malade à se faire examiner par Sands. Celui-ci constate « un rétrécissement du rectum avec une infiltration des parois caractéristiques du carcinome. J'enlevai une masse exubérante faisant saillie à l'anus et au microscope je constatai qu'il s'agissait d'un épithélioma ». De son côté, Edwards Schaeffer pratique l'examen histologique de la même pièce. Voici ce qu'il conclut : « la tumeur résulte d'une hypertrophie de la couche sous-muqueuse, au-dessus de laquelle les couches épithéliale et glandulaire présentent un aspect à peu près normal. Quelques glandes sont hypertrophiées. La tumeur diffère cependant de l'hypertrophie simple, aussi bien dans la muqueuse que dans le stroma sous-muqueux, on relève une production de petites cellules, plus marquée au voisinage des glandes solitaires et des vaisseaux. Cette infiltration s'observe dans toute inflammation, c'est un phénomène presque constant au voisinage des carcinomes et pour ce motif doit être tenu pour suspect. L'hypertrophie glandulaire est aussi fréquente dans les tumeurs bénignes que dans les tumeurs malignes. Il résulte de cet examen, que le pronostic doit être considéré comme défavorable à cause de l'évolution probable que prendra la tumeur ».

Le 18 mai 1886. -- Le D^r Stimson examine le malade après anesthésie par l'éther. Le rectum se déchire pendant cet examen et séance tenante, on fait la rectotomie linéaire. Stimson peut constater que la portion rétrécie mesurait 38 millimètres et après examen microscopique, conclut à la nature papillomateuse de la tumeur. Trois semaines plus tard, le malade quitte

Presbyterian Hospital où il avait été opéré et revient à Washington où Thompson lui passe des bougies rectales.

Le 4 juillet. — Le Dr Max Lane Tiffany, de Baltimore, examine le malade et rejette l'hypothèse de cancer.

Newman est consulté le 8 septembre 1886 et trouve un rétrécissement situé à 8 centimètres de l'anūs, à peine accessible à l'index. Les parois rectales ont perdu toute souplesse et toute mobilité. Avec une bougie, on s'assure que le rétrécissement mesure 2 c. 5 de hauteur. Sa surface est recouverte de végétations. Newman fait l'électrolyse et dès la quatrième séance, le rétrécissement admet une bougie de 87 millimètres de circonférence. Par contre, les tumeurs papillomateuses ont grossi depuis le début du traitement. Après 20 séances d'électrolyse, le 9 mars 1887, on constate une diminution manifeste de l'induration rectale. L'intestin admet une bougie mesurant 12 centimètres de circonférence, mais les végétations persistent. A ce moment, le malade est forcé de quitter New-York.

Le Dr Thompson dans un rapport à « *Society of district of Colombia* » 7 décembre 1887, s'exprime de la façon suivante au sujet de ce malade « Je n'ai jamais employé l'électricité, mais c'est là un agent qui peut rendre service, bien que des partisans enthousiastes aient exagéré ses heureux effets. Quelques cas de rétrécissement du rectum traités par le Dr Newman de New-York sont dignes d'attirer l'attention. Je diagnostiquai chez un étudiant en médecine un cancer du rectum, diagnostic confirmé par les Drs Agnew et Sands. Un jeune médecin pratiqua chez ce malade une opération sanglante à Luke's Hospital. En sortant de l'hôpital, le malade alla à Boston où il continua à se traiter quelque temps par la dilatation. A cette époque, il était dans un état de santé déplorable. Il consulte le Dr Newman et suit son traitement. Huit mois plus tard, un garçon solide, plein de santé, se présente à mon cabinet, je ne le reconnus pas.

Il me raconte alors que Newman avait pu introduire dans son rectum une bougie du diamètre d'un œuf de poule. Je l'examine et je constate que le rectum est dilaté. Il persiste de l'induration, mais le malade est bien portant. Il ne faut cependant pas croire que ce jeune homme soit guéri mais il ne souffre plus, il est *pratiquement bien* et peut vivre de la vie commune quelques années ».

Obs. IX. — Empruntée au Dr Davis.

Femme de 36 ans, souffrant depuis longtemps du côté du rectum. En 1883, un médecin constate un rétrécissement commençant à l'anus et une tumeur située dans le rectum. Il extirpe celle-ci et traite le rétrécissement par la dilatation progressive sans résultats appréciables.

Le 4 janvier 1884. — On constate une sténose de toute la portion sphinctérienne avec induration plus accusée à la partie postérieure. Etat général mauvais.

Le 26 mars 1885. — Après 11 séances d'électrolyse on ne constate plus d'induration, la malade bien portante « ne trouve pas de mot exprimant la différence entre son état actuel et les horribles souffrances qu'elle éprouvait avant le traitement. »

Obs. X. — Empruntée au Dr Davis. *Deux rétrécissements.*

Mrs E. M. B..., 42 ans. Troubles de la défécation remontant à plus de 20 ans. En mai 1886, Davis trouve un rétrécissement du rectum qu'il traite par la dilatation. Amélioration momentanée.

Le 23 janvier 1888. — Davis amène la malade à Newman. On relève de la contracture des sphincters. La muqueuse du canal anal est ulcérée, le toucher est si douloureux qu'on doit anesthésier la région à la cocaïne. On peut alors introduire une bougie du calibre d'une sonde urétrale française n° 33 mais l'instrument est arrêté à 7 cent. 5 et 15 centimètres de l'anus.

Après 11 mois de traitement et 10 séances d'électrolysé, les bougies rectales du plus fort calibre pénètrent aisément à 18 centimètres dans le rectum.

Le 18 mai 1889. — Newman revoit la malade, trouve le rectum en bon état. Les plus grosses bougies rectales ne rencontrent pas de rétrécissement.

Obs. XI. — *Rétrécissement et ulcérations du rectum.*

Mrs H. K..., 26 ans. Le 10 juin 1888, on constate que la muqueuse rectale est ulcérée en plusieurs points. L'endoscope est arrêté à 10 centimètres de l'anus. On touche les ulcérations avec une solution de nitrate d'argent.

Le 17 juin. — On fait la première séance d'électrolyse. L'électrode rectale mesurant 3 centimètres de circonférence, après 7 minutes d'électrolyse, pénètre à 30 centimètres dans le rectum. Le 20 juillet, les ulcérations rectales (toujours traitées par le nitrate d'argent) sont guéries, la malade va tous les jours à la selle, les matières sont un peu aplaties. Le 30 septembre 1888, après 8 séances d'électrolyse, le rectum admet une bougie de 11 centimètres de circonférence, la malade se trouvant très bien, cesse le traitement.

Newman a revu cette malade en avril 1889, elle allait très bien et n'avait pas de récive.

Obs. XII. — *Miss K. L...*, 30 ans. Il s'agit dans ce cas d'une tumeur rectale qui aurait rapidement diminué de volume sous l'influence du traitement électrique.

Obs. XIII. — Empruntée à Samuel Binton.

Mrs S. T..., 30 ans. Pas de syphilis. Début il y a 5 ans.

Le 27 janvier 1887. — On trouve une masse polypeuse du volume d'un pois faisant saillie à l'anus, 5 centimètres plus haut

il existe un rétrécissement admettant une bougie d'un calibre égal à celui des sondes uréthrales françaises n° 26.

Le 3 mars 1887. — Après 5 séances d'électrolyse, le rétrécissement admet la bougie rectale n. 2. La malade améliorée cesse le traitement.

Le 27 février 1888. — La bougie n. 2 franchit le point coarcté, après deux nouvelles séances d'électrolyse, le 9 mars 1888, l'index franchit le rétrécissement et la bougie rectale n. 4 passe sans difficulté.

OBSERVATION DE M. A. FORT.

La malade présentait un rétrécissement annulaire, court, situé à 3 centimètres de l'anus. La portion coarctée admettait à peine une sonde de 8 millimètres de diamètre. Constipation opiniâtre, matières rubannées. Pas de manifestations syphilitiques dans les antécédents. On fait 5 séances d'électrolyse, la première eut lieu le 11 mai 1889, la dernière le 8 juin 1889. A ce moment, la dilatation était suffisante pour admettre une bougie de 20 millimètres de diamètre.

OBSERVATION I

Rectite chronique hypertrophique proliférante et sténosante, syphilis. Rectotomie, récurrence. Fistule recto-vaginale. Extirpation du rectum. Amélioration. *Rétrécissement histologiquement tuberculeux.*

Mlle M.-V..., 23 ans. Gouvernante d'enfants, entrée le 5 septembre 1895 à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. Nicaise, assisté de M. Delbet.

La malade n'a qu'une sœur âgée de 30 ans qui tousse constamment, dit-elle. Le père et la mère sont bien portants. Fièvre typhoïde dans l'enfance. Au dire de la malade elle aurait eu trois fois la dothiéntérie. Pas d'autres maladies. Réglée à 13 ans.

En avril 1892, la malade eut un chancre induré de la grande lèvre droite, suivi d'accidents secondaires intenses. Elle présenta de nombreuses plaques muqueuses au niveau des organes génitaux et de l'anus. Sous l'influence du traitement spécifique suivi régulièrement, les accidents disparaissent au bout de trois mois, mais la malade conserve des pertes verdâtres abondantes. La malade continue le traitement spécifique quatre à cinq mois après la disparition des accidents secondaires. En décembre 1893, elle présente un bubon suppuré de l'aîne gauche. Un peu plus tard elle souffre dans l'articulation du genou gauche. Ces douleurs disparaissent sous l'influence de l'iodure de potassium. Elle suit cette médication jusqu'en septembre 1893. A ce moment la malade ne présentait plus d'accidents spécifiques mais l'écoulement vulvaire persistait. Au commencement de 1894, elle éprouve de violentes démangeaisons au niveau de la région anale, en même temps elle constate à ce niveau l'apparition de petites excroissances. A ce moment les garde-robes étaient normales, le calibre des matières nullement modifié, mais fréquemment elles étaient recouvertes de muco-pus. De temps à autre, la malade avait de fausses envies et expulsait seulement quelques glaires. En mai 1894, les selles deviennent douloureuses, irrégulières. Dans l'intervalle la malade présente par l'anus un écoulement de pus, quelquefois même elle perd un peu de sang. Vers la même époque la malade remarque que les matières diminuées de calibre sont aplaties ; et leur expulsion s'accompagne d'un écoulement de pus et de sang. La difficulté des garde-robes va ensuite s'accroissant et la malade, malgré

les purgatifs et les lavements, ne va à la selle que tous les quatre ou six jours.

Ces troubles augmentant elle entre le 7 décembre 1894 à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Berger, qui fit le diagnostic de rétrécissement syphilitique et soumit la malade au traitement spécifique (frictions mercurielles et iodure de potassium).

A cette époque, la malade présentait des alternatives de constipation et de diarrhée. L'écoulement anal de muco-pus était continuel. Les selles s'accompagnaient de frissons, de crampes d'estomac, mais la défécation n'était pas douloureuse. Devant l'inefficacité du traitement médical, M. Beurnier pratique la rectotomie linéaire le 4 avril 1895. La plaie consécutive à celle-ci se cicatrise mal, il y a incontinence des matières, et l'écoulement muco-purulent persiste. En août, la malade va passer trois semaines au Vésinet et le 5 septembre 1895, elle entre à l'hôpital Laënnec.

Examen. — Le 6 septembre 1895. — La malade est pâle, anémique. Il s'agit d'une Anglaise blonde, lymphatique. Elle accuse les antécédents spécifiques, mais nie tout rapport contre nature.

Au niveau de l'anus on relève une série de végétations dont quelques-unes mesurent 2 et 3 centimètres de longueur. Les unes sont dures au toucher, tendues, les autres mollasses et réductibles partiellement. Il s'agit de condylomes et d'hémorroïdes. Il y a incontinence pour les matières liquides et constipation douloureuse pour les matières solides. En arrière de l'anus, on relève une plaie granuleuse, reste de l'incision de la rectotomie.

Au toucher, le doigt s'engage immédiatement dans un canal rétréci inextensible mesurant 5 centimètres de longueur au niveau duquel la muqueuse adhérente aux parties profondes présente

de petites saillies verruqueuses. La portion rétrécie admet à peine l'index.

Le canal ano-rectal présente des parois épaissies, indurées, adhérentes. Il existe une fistule recto-vaginale, située à 2 centimètres au-dessus de la fourchette. La muqueuse vaginale a conservé ses caractères normaux, mais la cloison recto-vaginale est très épaissie. La malade est soumise quelques jours au traitement spécifique bien que M. Delbet soit convaincu de l'inutilité de ce traitement, qui n'amène d'ailleurs aucune modification.

Le 25 septembre 1895. — On procède à l'extirpation du rectum, après avoir soumis la malade pendant quelques jours à l'antisepsie intestinale. L'opération fut très laborieuse et dura près de deux heures. L'anus était envahi, la voie périnéale s'inposait.

On fait d'abord une incision circonscrivant l'anus puis deux incisions longitudinales se réunissant à angle aigu et comprenant la plaie non cicatrisée de la rectotomie. Les sphincters étant méconnaissables, les tissus péri-rectaux envahis, il fallut tailler au bistouri dans des masses fibreuses lardacées, très dures et très saignantes. En avant, le vagin était très adhérent et on eut beaucoup de peine à le disséquer. On arriva de la sorte à une grande hauteur, mais le rectum ne se mobilisait pas, M. Delbet réséqua alors la partie libérée du rectum sur une hauteur de 7 centimètres et comme la muqueuse située au-dessus paraissait saine, il fut sur le point de laisser les choses en cet état. Mais comme les tissus péri-rectaux étaient encore infiltrés et épaissis il était à craindre que le rétrécissement ne se reformât. En outre, le long canal cruenté s'étendant de la peau à la section du rectum ne pouvait se cicatriser sans s'oblitérer presque complètement, rendant ainsi nulle l'intervention. Pour ces raisons, M. Delbet tenta un dernier effort et ouvrant le cul-de-sac de Douglas il put poursuivre la dissection du rectum encore plus haut et il arriva enfin sur une portion d'intestin mobile. Il put alors

abaisser le rectum et suturer la muqueuse saine à la peau.

La fistule recto-vaginale fut de ce fait oblitérée. En arrière on fit quelques points transversaux profonds pour suturer la plaie de la rectotomie.

Les suites de l'opération furent simples. La suture de la muqueuse à la peau tint parfaitement, seule la suture postérieure destinée à fixer la plaie de la rectotomie se désunit légèrement.

Le 7 janvier 1896. — On remarque en arrière de l'anüs une petite surface ulcérée, bourgeonnante, vestige de la plaie non encore réparée de la rectotomie. En dehors de la marge de l'anüs et à droite on relève un condylome mesurant environ 2 centimètres de longueur laissé en place lors de l'extirpation du rectum. Au toucher le doigt s'engage dans un canal manifestement rétréci, mais au niveau duquel la muqueuse présente sa souplesse et sa mobilité normales. Les deux premières phalanges de l'index s'engagent dans ce canal et au-dessus de la portion rétrécie le doigt arrive dans l'ampoule rectale qui paraît saine. La malade se trouve transformée depuis l'extirpation, ses forces reviennent peu à peu, mais elle conserve un léger suintement par l'anüs. La défécation n'est pas douloureuse, elle est régulière, la malade contient très bien les matières solides, mais les matières liquides s'échappent malgré elle, si lorsque les envies d'aller à la garde-robe se manifestent elle ne les satisfait pas aussitôt. Incontinence des gaz. La malade dit que la station assise est pénible, surtout si elle se prolonge un peu.

Elle quitte l'hôpital le 12 janvier 1896 très améliorée.

Examen histologique par M. Delbet. — On a examiné six coupes de la portion rétrécie du rectum.

Première coupe. — L'épithélium et les glandes manquent complètement.

Infiltration diffuse de la couche sous-muqueuse. Autour des

artères et principalement autour des veines la prolifération embryonnaire est moins marquée que partout ailleurs. Les lymphatiques sont distendus et à leur voisinage on relève une abondante prolifération de cellules rondes sans que l'on puisse dire s'ils sont eux-mêmes le centre de cette prolifération, car en certains points elle est latérale et non circulaire. Dans l'épaisseur de la tunique musculaire on trouve un nodule embryonnaire dont la partie centrale paraît désagrégée. Cependant les cellules centrales bien que moins colorées que celles de la périphérie prennent encore les réactifs colorants. L'infiltration embryonnaire diffuse pénètre entre les fibres musculaires lisses et les dissocie, au-delà de la couche musculaire elle se continue avec les tissus péri-rectaux en sorte qu'il est impossible de dire où s'arrêtent exactement les tuniques rectales.

Deuxième coupe. — La muqueuse et la celluleuse présentent les lésions signalées. On retrouve le même nodule embryonnaire dans l'épaisseur de la tunique musculaire. On soupçonne un nodule tuberculeux. A côté de celui-ci, on en trouve de plus petits. Sur le premier, on constate que les cellules centrales se colorent mal, présentent des contours vagues, irréguliers, tandis que les cellules périphériques prennent fortement les réactifs. Sur la même préparation, on voit de grandes fentes lymphatiques.

Troisième coupe. — Toujours absence d'épithélium et de glandes. Infiltration diffuse de la sous-muqueuse, qui se continue dans l'épaisseur de la tunique musculaire où l'on constate la présence des nodules signalés, avec les mêmes caractères.

Quatrième coupe. — Mêmes lésions. Les vaisseaux sont ici plus nombreux et se font remarquer par l'intégrité complète de leurs parois.

Cinquième coupe. — Les lésions superficielles demeurent les mêmes.

Le nodule embryonnaire qu'on suit dans l'épaisseur de la tunique musculaire est plus net. Les cellules centrales encore vivaces se colorent pourtant moins bien que celles de la zone périphérique d'apparence nodulaire est bien plus accusée. Mais il est impossible d'affirmer la dégénérescence centrale.

Sixième coupe. — La partie centrale du nodule n'est pas en dégénérescence complète, on y distingue encore quelques éléments, mais leur contour est très vague, c'est à peine s'ils prennent les colorants. Ces éléments ont comme une tendance à s'agglomérer en cellules géantes. Tout autour de cette masse en voie de dégénérescence, on relève une couronne de cellules d'aspect épithélioïde nettement accusé. A la périphérie le nodule est formé d'éléments embryonnaires sans limites précises. Dans l'épaisseur de la couronne embryonnaire, on voit des débris de fibres musculaires lisses. A côté du nodule principal il en existe un autre dont les lésions histologiques sont moins nettes. Les artères et les veines sont absolument intactes, les lymphatiques sont au contraire nombreux dilatés et le siège d'une sclérose péri-vasculaire.

En conclusion, nous pensons qu'il s'agit là d'une lésion histologiquement tuberculeuse et par conséquent, il s'agirait d'un rétrécissement tuberculeux survenu chez une syphilitique.

OBSERVATION II

Rectite chronique hypertrophique proliférante et sténosante. Extirpation du rectum. Mort. Autopsie. Examen histologique.

Mme Rosine P..., 50 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, service de M. le professeur Duplay le 13 mai 1894, salle Notre-Dame, lit n° 13.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

La malade réglée à 11 ans a toujours eu des menstrues longues et abondantes. Deux grossesses à terme. Le premier enfant est mort à six mois du croup, le second pendant l'accouchement qui nécessita une application de forceps. Deux fausses couches.

En 1888, elle est opérée pour des hémorroïdes ?? par M. Péan. Elle est soignée en 1893 pour une métrite à l'hôpital Broca, où M. Beurmann aurait fait une amputation du col utérin. Ménopause depuis un an. Léger degré d'alcoolisme. Pas de signes de tuberculose. Arthritisme nettement accusé. Impossible de retrouver la syphilis, mais soupçons de pèderastie.

L'affection pour laquelle la malade entre à l'hôpital aurait débuté il y a environ six ans (époque à laquelle elle fut opérée pour des hémorroïdes ??). Avant cette intervention, elle aurait ressenti des douleurs et du ténesme rectal, ce qui l'aurait décidée à se faire opérer. Un peu plus tard elle remarque que les matières sont tantôt ovillées, tantôt rubanées. L'anus est le siège d'un écoulement muco-purulent, quelquefois sanguinolent surtout accusé après les garde-robes. Depuis un an et demi, les symptômes se sont aggravés à ce point que la malade est obligée pour

vider son rectum de prendre jusqu'à dix lavements par jour, et parfois devant l'insuffisance de ceux-ci, d'introduire les doigts dans le rectum ou le vagin pour aider à l'expulsion des matières. De loin en loin surviennent des débâcles. Depuis quelques jours, la malade se plaint de violentes douleurs névralgiques dans la fesse et la cuisse droites. Elle accuse en outre des mictions fréquentes et douloureuses.

Examen le 15 mai. — A la vue ; on ne constate du côté de l'anus ni hémorroïdes, ni tumeurs, mais de l'érythème avec quelques excoriations dues au grattage. Au toucher, la muqueuse du canal ano-rectal a perdu sa souplesse et son velouté, elle est sèche, un peu râpeuse mais le calibre du canal n'est pas sensiblement modifié en ce point. A 4 centimètres de l'anus l'index s'engage dans une partie rétrécie, indurée, inextensible en forme d'entonnoir à base inférieure et dont le sommet admet à peine l'extrémité de la phalange unguéale. A la surface interne de la portion rétrécie on constate deux lésions. Ce sont d'abord des saillies verruqueuses, inégales, sessiles, sans base indurée et de petit volume. En second lieu, on sent deux ou trois plis longitudinaux, saillants, dirigés du sommet vers la base de cet entonnoir.

Le rétrécissement mesure 4 centimètres de hauteur et comme le doigt ne peut franchir le sommet de cet entonnoir, situé à 8 centimètres de l'anus, on ne peut se rendre compte de l'état de la muqueuse au-dessus du point rétréci. Le toucher rectal est peu douloureux, ne détermine pas d'écoulement de sang, mais le doigt revient chargé de muco-pus et après sa sortie il s'écoule des glaires et du muco-pus.

Le toucher vaginal montre que la cloison recto-vaginale a sa souplesse et sa mobilité normales.

Au niveau de la face inférieure de la vessie, la pression ne

réveille aucune douleur. L'exploration des autres organes est négative. Les urines un peu troubles présentent à l'examen un léger nuage d'albumine.

L'état général est assez bon.

M. le professeur Duplay diagnostique un rétrécissement du rectum dit syphilitique et propose à la malade qui l'accepte l'extirpation du rétrécissement.

La malade est purgée 4 jours avant l'intervention, et on lui administre ensuite tous les jours 3 grammes de benzo-naphtol et 10 centigrammes d'extrait thébaïque. L'opération est fixée au 29 mai, et le matin même, la malade prend deux grands lavements d'eau boriquée.

Le 29 mai 1894, après anesthésie par le chloroforme, la malade est placée dans la position de la taille et M. Duplay fait d'abord une incision demi-circulaire postérieure à 1 centimètre en dehors de l'orifice anal et parallèlement à son bord. Il fait ensuite une deuxième incision longitudinale partant du sommet de la convexité de la première pour se terminer au niveau de la base du coccyx qui est respecté. On décolle avec précaution la peau et le tissu cellulaire d'avec la moitié postérieure des sphincters. Les deux lambeaux cutanés écartés, on libère avec les doigts la face postérieure du rectum, et petit à petit, en remontant, on contourne les faces latérales, et finalement on dégage la face antérieure sans atteindre le cul-de-sac recto-utérin. On place ensuite, sur le rectum libéré et aussi haut que possible, au-dessus du rétrécissement, une ligature élastique. Avec des ciseaux on sectionne le rectum à 3 centimètres au-dessus de l'orifice anal de façon à respecter les sphincters et à conserver un bout anal suffisant pour la suture consécutive. Cela fait, on saisit le bout supérieur du rectum portant le rétrécissement, avec deux pinces de Museux et on l'abaisse sans difficulté. L'intestin est alors fendu selon sa face postérieure jusqu'au-dessus de la

portion rétrécie. Un peu au-dessus de celle-ci, à droite et à gauche de l'incision longitudinale, on place deux nouvelles pinces de Museux au-dessous desquelles le rectum est sectionné circulairement à petits coups de ciseaux. Les vaisseaux sont liés au catgut au fur et à mesure qu'on les sectionne. A ce moment, on s'assure de l'état de la muqueuse au-dessus du rétrécissement, elle est relativement saine, mais injectée et plus friable que normalement.

Sans libération nouvelle du rectum on amène facilement par des tractions modérées sur les pinces, le bout supérieur en contact avec le bout inférieur, et cela sans qu'il existe la moindre tension. On fait ensuite la suture de la demi-circonférence antérieure du bout supérieur à la demi circonférence antérieure du bout anal. Un premier plan de sutures à la soie adosse la musculuse et la sous-muqueuse des deux bouts, un deuxième plan au catgut rapproche les muqueuses. La suture des deux demi-circonférences postérieures est faite en sens inverse, c'est-à-dire d'abord suture mucu-muqueuse au catgut puis réunion des sous-muqueuses et des musculuses, à la soie. La suture des deux bouts est complète, à dessein on ne laisse pas de fistule. Après réunion des deux bouts, on introduit un doigt dans le rectum et on constate que la continuité du canal est partout rétablie et qu'il n'existe d'autre rétrécissement que celui qui est produit par le bourrelet dû aux sutures. Drainage du tissu cellulaire péri-rectal, suture des téguments au fil d'argent et pansement occlusif.

L'opération avait duré une heure et demie, la malade se réveille facilement, vomit un peu durant la journée, mais le soir elle allait bien et la température était normale. Les deux jours suivants pas d'élévation de température mais teinte subictérique et diminution de la sécrétion urinaire (500 gr. à peine) retirées par la sonde. Le 1^{er} juin vers 4 heures du soir, sans cause appréciable, la malade est prise d'une dyspnée intense que l'ausculta-

tion n'explique pas, les battements du cœur sourds, lents, le pouls est petit, imperceptible, il y a du refroidissement des extrémités. Vers 8 heures, la mala le en hypothermie succombe dans le coma après deux heures d'agonie.

Autopsie. — Le 3 juin 1894 par M. le D^r Demoulin chef de clinique. Toutes les sutures faites à la soie tenaient, mais les plans muqueux unis au catgut étaient déchirés en cinq ou six points. Il n'y avait aucune infiltration de matières ou de gaz dans les tissus périrectaux.

Dégénérescence grasseuse du foie, des reins, du cœur. Pas d'athérome artériel. Rien du côté du péritoine.

A cause de l'état graisseux des reins, de la faible quantité d'urines rendues les deux jours qui suivirent l'opération, on crut pouvoir attribuer la mort à des accidents urémiques.

Examen histologique par M. Cazin. — Les coupes que nous avons examinées, provenant d'une pièce conservée depuis près de deux ans dans une solution alcoolique, présentaient des altérations qui ont rendu l'examen histologique très laborieux. Les éléments cellulaires prenant mal les réactifs, leur étude a été difficile.

1° Au niveau du rétrécissement. — La couche épithéliale conservée par places, manque en certains points. Là où elle existe, on constate que les cellules qui la forment sont pour la plupart dégénérées et déformées. Dans les points où l'épithélium fait défaut, la limite interne de la coupe est formée par une abondante infiltration de cellules rondes, ou polygonales par pression réciproque.

Les glandes sont reconnaissables mais manifestement altérées.

Dans les espaces interglandulaires on relève une abondante infiltration diffuse de cellules rondes.

Le processus inflammatoire a envahi la couche sous-muqueuse qui présente une infiltration embryonnaire diffuse sans qu'il y ait à noter là rien de spécial.

La tunique musculaire est le siège d'une dégénérescence partielle. Dans l'épaisseur de la couche des fibres circulaires on voit quelques vaisseaux dont les parois paraissent altérées. En certains points on relève une hypertrophie du tissu conjonctif interfasciculaire. Il semble qu'il y a là un véritable processus scléreux. Ce processus devient encore plus évident dans l'épaisseur de la couche des fibres musculaires longitudinales. Tandis que celles-ci, colorées en jaune par le picro-carmin, sont peu abondantes, que quelques-unes de ces fibres sont fragmentées ; on relève de larges bandes irrégulières de tissu scléreux colorées en rose par le réactif. Cette dernière couche se continue sans limites précises avec le tissu cellulaire péri-rectal qui est altéré, enflammé, mais ne présente pas de lésions spéciales.

2° *Au-dessous du rétrécissement.* — Les lésions épithéliales et glandulaires sont les mêmes qu'au niveau du point coarcté. Les vaisseaux sont peu nombreux et leurs tuniques sont épaissies comme dans les cas d'inflammation chronique. La tunique musculaire est moins sclérosée qu'au niveau du rétrécissement, la charpente conjonctive interfasciculaire ne présente pas d'altération notable.

3° *Au-dessus du rétrécissement.* — La muqueuse est enflammée et presque entièrement détruite. On relève de petits foyers hémorragiques distendant les culs-de-sac glandulaires, qui dans les parties profondes de la muqueuse se présentent sous forme de kystes hémorragiques. La sous-muqueuse offre des lésions semblables. On relève des lésions scléreuses dans l'épaisseur de la tunique musculaire, mais elles sont moins accusées qu'au niveau du rétrécissement.

En résumé, nous avons observé des lésions inflammatoires

diffuses des diverses tuniques du rectum, mais en aucun point nous n'avons trouvé d'agglomérations cellulaires rappelant par leur disposition les nodules tuberculeux.

OBSERVATION III

Rectite chronique hypertrophique proliférante et sténosante. Fistules anales. Dilatation progressive. Anus contre nature. Mort par tuberculose pulmonaire. Autopsie. Examen histologique (Observation communiquée par M. Pierre Wiart, interne du service).

Mme Léonie M..., 49 ans, concierge, entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Duplay, le 18 mars 1895, salle Notre-Dame, lit n° 17.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Rien à noter dans l'enfance de la malade pouvant faire penser à la scrofule. A 19 ans elle eut un abcès du sein droit. A 20 ans elle présenta des douleurs articulaires dans la jambe gauche, douleurs qui durèrent deux ans et qui reparaissent tous les hivers.

A l'âge de 34 ans, la malade présenta sur les mains, les pieds, les jambes, surtout la gauche, une éruption formée de placards, rouges qui desquamaient rapidement et disparaissaient. Ces plaques se sont reproduites pendant trois mois. On soigna la malade par l'iodure de potassium et les bains. La face et le tronc furent toujours indemnes. En dehors de cette éruption, dont il est diffi-

cile d'affirmer la nature, rien qui permette de soupçonner la syphilis.

Vers l'âge de 35 ans, la malade voit sa constipation habituelle augmenter, il lui arrivait de temps à autre d'expulser du pus en allant à la garde-robe. Il y a environ dix ans elle remarque pour la première fois que les matières sont rubannées, en même temps il survient un écoulement de pus par l'anus, écoulement inconstant, plus marqué à la suite de la marche, de la fatigue, et qui forçait la malade à se garnir. La défécation sans être douloureuse exigeait des efforts.

En 1889, la malade contracte une bronchite à la suite de laquelle elle toussa pendant six mois, depuis elle tousse tous les hivers.

Il survint dès cette époque des troubles digestifs, l'appétit diminua, les digestions devinrent pénibles, et la malade commença à maigrir. La constipation devenait de jour en jour plus opiniâtre ; pour aller à la selle la malade devait se donner de grands lavements avec une canule enfoncée profondément dans le rectum, encore lui fallait-il faire des efforts violents et prolongés pour expulser les matières.

Au commencement de 1895, à la suite de fatigues, elle est prise de frissons, de douleurs dans le ventre, de vomissements continuels, mais seulement alimentaires, de perte de sommeil, et d'émissions très douloureuses d'urines rouges et peu abondantes. Ces phénomènes se calment au bout de trois semaines et les choses reviennent à leur état habituel.

La malade entrée à l'hôpital le 18 mars fut soumise à la dilatation progressive pendant un mois, sans résultats appréciables.

Examen. — En mai 1895 elle vint dans le service et c'est à ce moment que nous l'avons examinée pour la première fois.

La défécation est très douloureuse et exige de violents efforts.

Troubles digestifs accusés, perte de l'appétit et crainte de prendre quelque nourriture de peur d'être forcée d'aller à la selle.

Écoulement continu de pus par l'anus.

On relève au pourtour de l'anus les orifices externes de cinq fistules.

Le toucher très douloureux, on sent à 4 centimètres au-dessus de l'anus, une portion très rétrécie, dure, inextensible, admettant à peine l'extrémité de l'index. Le rétrécissement est nettement cylindrique et sa paroi interne présente une série de saillies longitudinales, dans l'intervalle de celles-ci on sent de petites granulations dures, du volume d'un grain de chènevis.

La muqueuse sus-jacente au rétrécissement présente une ulcération qu'on atteint difficilement avec l'extrémité du petit doigt et dont il est impossible de déterminer l'étendue.

La malade est pâle, amaigrie, très faible, tousse peu, mais à l'auscultation on relève des signes non douteux de tuberculose pulmonaire au deuxième degré.

Rien au cœur. Urines normales.

L'état général devient de plus en plus mauvais et la malade réclame une intervention. M. le professeur Duplay hésite à pratiquer chez cette malade affaiblie l'extirpation du rectum et se décide pour un anus contre nature, dans le double but : de porter remède aux troubles de la défécation, aux troubles digestifs et de réaliser à la longue l'asepsie relative de la portion d'intestin rétrécie, dans le but d'une opération radicale ultérieure.

17 juin 1895. — Opération de l'anus iliaque en deux temps.

A partir du 21 juin deux fois par jour avec une canule introduite dans le bout inférieur de l'intestin on procède à un lavage de celui-ci avec deux litres d'eau boriquée.

Durant les deux premières semaines qui suivirent l'opération la malade parut aller mieux, elle cherche à se nourrir ; mais on est obligé de cesser le lavage du bout inférieur de l'intestin qui

au dire de la malade provoquait des vomissements. Ceux-ci deviennent bientôt continuels, la tuberculose pulmonaire fait des progrès et la malade succombe le 15 août 1895.

Autopsie. — Le sommet des poumons adhère à la paroi thoracique, on trouve à ce niveau de chaque côté une caverne du volume d'une mandarine. Cœur petit, couleur feuille morte, sans lésions valvulaires. Foie et reins en dégénérescence graisseuse. Le bas-fond de la vessie est semé de granulations tuberculeuses nombreuses et jeunes. Annexes et utérus normaux.

Les lésions du rectum sont celles qu'on a signalées : cannelures verticales, et série de stries transversales qui les séparent en quelque sorte en lobes. Vaste ulcération sus-jacente au rétrécissement, celui-ci mesure environ 3 centimètres de hauteur.

Examen histologique par M. Branca, interne des hôpitaux. — La muqueuse a complètement disparu, mais il est impossible d'affirmer si cette disparition est le résultat du processus morbide, ou si elle est consécutive à la macération de la pièce dans un alcool de mauvaise qualité et insuffisamment renouvelé. On n'a pas trouvé trace de glandes et la muscularis mucosæ fait entièrement défaut.

La sous-muqueuse est considérablement épaissie. Elle est le siège d'une abondante infiltration diffuse de cellules rondes, sans localisation spéciale autour des vaisseaux, mais plus marquée cependant au voisinage de la musculuse. Dans l'épaisseur de la celluleuse on voit des faisceaux conjonctifs épais, sur une préparation on a relevé en un seul point de volumineuses cellules rondes ou fusiformes, granuleuses, dont le noyau est fortement coloré par l'hématoxyline. L'aspect de ces cellules rappelle celui des leucocytes en diapédèse.

L'infiltration embryonnaire diffuse se continue dans l'épaisseur de la tunique musculaire, aussi bien dans les couches superficielles que dans les couches profondes, elle se prolonge même au-delà des parois rectales. La musculature dans son ensemble est très hypertrophiée. A ce niveau les lésions affectent deux localisations : tantôt les éléments embryonnaires sont groupés autour de lobules adipeux dont ils accusent le contour, tantôt ils envahissent les interstices musculaires et l'on voit alors sur les préparations de larges travées fibreuses parallèles aux faisceaux musculaires et aussi volumineuses que ces derniers.

Les vaisseaux de la tunique celluleuse ne présentent rien de spécial à noter, ceux de la tunique musculaire paraissent être sur certaines préparations le centre de la prolifération embryonnaire. Nulle part on n'a relevé des lésions d'endartérite, par contre dans les gros vaisseaux, aussi bien dans les artères que dans les veines, on a constamment noté la présence de cellules lymphatiques en grand nombre.

Nulle part on n'a trouvé de foyer de dégénérescence caséuse, on n'a pas relevé non plus de follicules tuberculeux et les tentatives de coloration des bacilles ont toujours été infructueuses.

En résumé, nous avons observé une infiltration embryonnaire diffuse des tuniques celluleuse et musculaire. Dans l'épaisseur de cette dernière couche nous avons noté des lésions péri-vasculaires et dans l'intérieur des vaisseaux des amas de cellules lymphatiques. Cet ensemble de lésions est en rapport avec l'idée d'inflammation chronique.

OBSERVATION IV

Rectite chronique hypertrophique proliférante et sténosante. Opérations antérieures. Mort. Autopsie. Examen histologique.

Mme Alphonsine H..., 45 ans, caissière, entrée le 17 janvier 1896 à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Lucas-Championnière, salle Laugier, lit n° 17. Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

La malade a été réglée à 12 ans 1/2; depuis elle a toujours souffert du ventre, pas de leucorrhée, mais menstruation irrégulière et douloureuse. Elle n'a jamais fait de maladies graves. Pas de syphilis.

Mariée à 21 ans, elle a eu trois enfants, le deuxième seul survit, il est actuellement âgé de 15 ans et bien portant.

Pas de fausses couches.

La malade a toujours eu de la constipation. En 1884 les selles deviennent douloureuses et dans l'intervalle des garde-robes elle éprouve des sensations d'élancement du côté du rectum. Les matières qu'elle expulse sont striées de filets de sang et recouvertes de muco-pus. Il n'y a pas d'écoulement par l'anus dans l'intervalle des garde-robes, mais la malade est prise fréquemment d'envies impérieuses d'aller à la selle et souvent elle n'émet qu'un peu de sang et de pus. Vers la même époque elle remarqua au pourtour de l'anus de petites tumeurs qu'elle prit pour des hémorroïdes et auxquelles elle attribuait les troubles de la défécation.

La constipation devient de plus en plus opiniâtre. Malgré les

purgatifs et les lavements dont la malade use constamment les selles n'ont lieu que tous les huit ou dix jours, par contre les fausses envies sont fréquentes, lorsque la malade va à la garde-robe elle émet de grandes quantités de matières dures, ovillées ou rubanées, recouvertes de muco-pus. La défécation devenant de plus en plus douloureuse, la malade souffrant de troubles dyspeptiques elle entre en août 1887 dans le service de M. Le Dentu, à l'hôpital Saint-Louis. M. Régnier lui fit à cette époque une opération sur la nature de laquelle la malade ne peut fournir de renseignements et qui n'a pas laissé de cicatrice appréciable.

Elle sort de l'hôpital au bout de trois mois, améliorée. Les garde-robes ne sont pas douloureuses, mais la station assise est pénible. La malade retient les matières solides, mais les gaz et les matières liquides s'échappent malgré elle. Par l'anus il y a un écoulement constant de muco-pus et de sang qui la forcent à se garnir constamment.

L'état général demeure bon cependant, et la malade reprend ses occupations qu'elle a conservées jusqu'à la fin de 1894. A ce moment douleurs rectales et troubles de la défécation réapparaissent. Il y a des alternatives de constipation et de diarrhée. La santé s'altère et il y eut successivement formation de trois abcès péri-rectaux qui forcèrent la malade à prendre le lit, mais qui guérissent cependant.

En mai 1895, elle fait un séjour à la Maison Dubois où elle fut, dit-elle, endormie, mais elle ignore ce qu'on lui fit.

Depuis cette époque, l'état général a été en s'aggravant. La malade souffre d'une diarrhée constante avec incontinence des matières.

Examen. — Le 25 janvier 1896. — Malade affaiblie, très amaigrie, très affaissée. Répondant avec peine aux questions. L'appétit est cependant conservé. Le ventre est ballonné, on

entend à distance un gargouillement constant. Incontinence absolue des matières.

Au niveau de la marge de l'anus, on relève une couronne de tumeurs de couleur rosée. Ces végétations sont en moyenne du volume d'une noisette, elles s'implantent par un large pédicule sur une muqueuse injectée, exulcérée, mais dont la souplesse et la mobilité sont peu modifiées. Au toucher, ces tumeurs sont dures, élastiques, irréductibles. Leur consistance, tout comme leur aspect, répond à celui des condylomes.

Au toucher, l'index dès qu'il pénètre dans le canal anal se trouve serré et ne peut être engagé que jusqu'à mie hauteur de la deuxième phalange. Les parois du canal anal sont inextensibles, indurées. A ce niveau, la muqueuse est sèche, un peu râpeuse, mais relativement mobile. On sent des végétations de consistance semblable à celle que nous avons signalée autour de l'anus. Si on introduit le petit doigt, on peut franchir la région sphinctérienne, au-dessus de celle-ci, le rectum est épaissi, et la muqueuse molle et friable en certains points, est granuleuse en d'autres. Aussi haut que s'engage le doigt le rectum est rétréci (on ne pénètre pas à plus de 5 cent.). La cloison recto-vaginale n'est pas épaissie.

Le toucher rectal pratiqué lentement et avec douceur n'est pas douloureux, il ne détermine pas d'écoulement de sang, mais le doigt revient chargé de muco-pus.

Le 5 février 1886. — La malade est dans un état de cachexie avancé, elle présente de l'œdème des jambes. Le ballonnement du ventre est très accusé, par la palpation on sent les côlons pelvien et descendant remplis de matières.

Le 7 février. — Elle accuse des envies de vomir, le faciès est grippé, le ventre tendu, les extrémités se refroidissent, le pouls est petit, faible, presque incomptable et la malade succombe en nypothermie.

Autopsie le 8 février. — Péritonite septique généralisée.

Anciennes adhérences péritonéales, intestin distendu.

On trouve du pus dans tout l'abdomen. Les matières durcies remontent jusque dans le côlon transverse.

En dévidant l'intestin, on trouve les dernières portions du jéjuno-iléon fixées par des adhérences dans le petit bassin.

En certains points, elles sont sphacélées et on observe plusieurs perforations sur la face antérieure de la portion initiale du rectum. D'ailleurs, celui-ci est friable dans toute son étendue. On enlève le rectum, y compris la peau de la région péri-anale, et après l'ouverture, on trouve un rétrécissement remontant à environ 8 centimètres de l'anus. Au niveau de la portion sphinctérienne existent des végétations du volume d'un pois ou d'une noisette, implantées par un large pédicule sur la muqueuse qui est injectée. Au-dessus du sphincter, la muqueuse est ulcérée, friable, sanieuse. Un peu plus haut, bien que toujours rétréci, puisque le rectum admet à peine en ce point le petit doigt, les tuniques sont épaissies, indurées, la muqueuse n'est pas ulcérée.

Le foie a subi la dégénérescence amyloïde. Reins grassex.

Epanchement péricardique. Poumons sains.

Examen histologique par M. Delbet. — 1° Sur les trois coupes pratiquées au niveau d'une végétation située dans l'intérieur du canal anal et colorées à la thyonine, on a relevé la présence d'un épithélium pavimenteux stratifié. Les éléments profonds de cette couche sont formés de cellules polygonales reposant sur de nombreuses papilles hypertrophiées, coupées obliquement. Le centre de la tumeur est formé par un tissu conjonctif lâche présentant des nombreux espaces lymphatiques et des cellules rondes en petit nombre. Il est excessivement pauvre en vaisseaux, ce qui contraste avec la richesse vasculaire de la base de la tumeur.

A ce niveau, on a observé plusieurs veines volumineuses, dilatées, mais pas une seule artère n'était intéressée sur les coupes examinées. La paroi des vaisseaux est absolument normale.

2° L'examen de la portion rétrécie a porté sur quatre coupes. Dans aucune, on n'a trouvé trace d'épithélium.

On a relevé la présence de grosses travées fibreuses avec de rares fibres musculaires lisses et quelques éléments conjonctifs plus jeunes, plus déliés au milieu des bandes fibreuses.

Il semble qu'en ce point, la lésion a fini d'évoluer, car on ne trouve que des lésions scléreuses avec dissociation et disparition des fibres musculaires lisses. En aucun point, on n'a observé une infiltration de cellules rondes.

OBSERVATION V.

Rectite chronique hypertrophique proliférante et sténosante. Dilatation progressive. Amélioration.

Mme Maria P..., 33 ans, marchande aux Halles. Mère morte à 49 ans d'une pleurésie. Père mort à 79 ans hémiplegique. Un frère mort à 28 ans alcoolique et probablement tuberculeux.

La malade fit une fièvre typhoïde à 9 ans. Réglée à 14 ans. Mariée une première fois à 16 ans, elle a eu trois enfants de son premier mari. Deux sont morts en bas âge de méningite l'un à 26 mois l'autre à 18 jours. Une petite fille âgée de 11 ans bien portante.

Le père de ces enfants serait mort alcoolique. Il n'y a pas eu d'enfants du deuxième lit. Le second mari est mort tuberculeux en août 1895.

La malade n'a jamais eu de fausses couches. Lors du dernier accouchement qui remonte à 1887 et qui nécessita un version il y eut déchirure du périnée.

A l'interrogatoire le plus minutieux, impossible de trouver trace de syphilis. M. Walther qui suit la malade depuis huit ans n'a jamais trouvé d'indice de spécificité. Elle a toujours nié les rapports contre nature.

A la suite de sa dernière couche (1887) la malade, qui n'avait jamais souffert du ventre et n'avait jamais eu de leucorrhée conserva un écoulement d'eau roussâtre, avec perte de sang tous les quatre ou cinq jours. La marche et la station debout étaient pénibles, et s'accompagnaient de douleurs dans le côté droit du ventre. Vers la même époque, la malade perdit, plusieurs fois, du sang par l'anus en allant à la garde-robe. Elle raconte qu'elle a toujours été sujette à la constipation. Jusque vers l'âge de 15 ans, elle perdait ses urines si elle ne satisfaisait pas le besoin dès qu'il se présentait. Durant toute son existence elle aurait éprouvé des phénomènes semblables du côté du rectum.

En 1888, elle entre dans le service de Trélat où M. Walther la vit pour la première fois. A cette époque on fit les diagnostics de métrite, rétroflexion utérine adhérente, pelvi-péritonite ancienne et déchirure du périnée. On redresse l'utérus avec le gros hystéromètre de Trélat, après plusieurs séances de mobilisation, on pratique un curettage et l'opération d'Alquié Alexander. La malade quitte l'hôpital avant qu'on ait réparé la déchirure du périnée, mais à cette époque on ne constata pas de rétrécissement, la malade présentait des hémorroïdes et elle raconte que c'est durant ce séjour à l'hôpital qu'elle remarqua que ses matières étaient diminuées de calibre.

En 1889, elle rentre dans le service de M. Trélat pour une fistule anale. On l'opère de celle-ci et on fait une périnéorrhaphie.

M. Walther ne se rappelle pas avoir constaté de rétrécisse-

ment à cette époque. Toutefois, la malade présentait des troubles de la défécation. Elle avait de fréquentes envies d'aller à la garde-robe et souvent n'expulsait que quelques glaires ou un peu de muco-pus parfois mélangé à du sang.

La malade compare ce qu'elle expulsait dans ces cas à de la lavure de viande. Les envies d'aller à la selle étaient accrues par la marche et la fatigue. Il y avait, en outre, par l'anús, un écoulement constant de glaires et de muco-pus forçant la malade à se garnir. Les années suivantes ces troubles de la défécation ne firent que s'accroître. La constipation habituelle augmenta. La malade n'allait à la garde-robe que grâce à des lavements d'eau froide que lui avait conseillé Trélat. Les matières étaient déformées, tantôt ovillées, tantôt rubanées. Dans l'intervalle des garde-robes l'écoulement signalé persistait. Toutefois, en dehors des envies fréquentes d'aller à la selle, il n'y avait pas de douleurs.

C'est dans cet état qu'elle entra en août 1894 à l'hôpital Tenon dans le service de M. Walther qui constata, à 3 centimètres au-dessus de l'anús, un rétrécissement admettant l'extrémité de l'index. Ce rétrécissement en forme d'entonnoir paraissait siéger dans la couche celluleuse. A son niveau, la muqueuse sans présenter son velouté normal, avait conservé sa souplesse et sa mobilité. On pratique la dilatation avec des bougies rectales et au bout de quelques séances on passe le n° 7. La malade très améliorée quitte l'hôpital.

En juillet 1895 elle vient retrouver M. Walther à l'hôpital Saint-Antoine et l'on constate que le rétrécissement s'est accru, la muqueuse a perdu sa souplesse et sa mobilité normale, elle présente au niveau du rétrécissement des colonnes longitudinales et des saillies verruqueuses. A ce moment le doigt ne peut sentir la limite supérieure du rétrécissement. L'écoulement anal persiste. Nouvelles séances de dilatation ; la bougie rectale n° 3

franchissait le rétrécissement lorsque le malade quitte l'hôpital. Ajoutons qu'à cette époque l'état général de la malade était mauvais et qu'elle souffrait de troubles dyspeptiques accusés.

En décembre 1895, M. Walther revoit la malade qui se plaint de troubles croissants de la défécation et présente un petit abcès à droite de la marge de l'anus, qui est incisé par M. Monod. Au toucher rectal à 6 centimètres de l'anus l'index sent la limite supérieure du rétrécissement, mais au lieu d'arriver dans une cavité libre et dilatée on sent une série de tumeurs de volume variable, les unes grosses comme une noisette, les autres du diamètre d'une lentille, dans l'intervalle desquelles on sent que la muqueuse a conservé ses caractères normaux.

2 février 1896. — L'état général de la malade est excellent, les forces conservées, l'appétit bon, elle digère et dort bien, ne tousse pas. Elle est seulement très nerveuse. La constipation existe toujours mais moins opiniâtre qu'en juillet. A la suite du dernier examen la malade dit qu'elle a été plus régulièrement et plus facilement à la selle. La défécation n'est pas douloureuse, mais très longue, plus facile lorsque la malade est presque debout ou couchée que dans la position accroupie. La malade se plaint surtout de l'écoulement continuel de mucopus qui la force à se garnir. Plusieurs fois dans la journée elle a de fausses envies et expulse seulement quelques glaires. Lorsque la défécation a commencé après des efforts plus ou moins longs il lui est impossible de retenir les matières.

A la vue, on constate à droite de l'anus un petit point ulcéré, fistuleux, trace de l'incision de l'abcès ouvert en décembre. Par cet orifice, il s'écoule un peu de pus et on sent à ce niveau une induration profonde, douloureuse à la pression, du diamètre d'une pièce de 2 francs. L'anus a sa configuration normale et on ne relève aucune tumeur.

Au toucher, la région sphinctérienne présente sa tonicité nor-

male, à ce niveau la muqueuse est sèche, râpeuse. A 3 centimètres de l'anus, l'index s'engage dans un rétrécissement cylindrique à parois inextensibles. La muqueuse qui le tapisse, adhère aux parties profondes, elle est indurée et présente une série de colonnes verticales et de saillies verruqueuses du volume d'un grain de chènevis, 3 centimètres plus haut, on sent la limite supérieure du rétrécissement et l'extrémité de l'index perçoit toute une série de végétations du volume d'un pois ou d'une noisette, fermes, comme cornées, dans l'intervalle desquelles on arrive sur une muqueuse ayant les caractères normaux. Le doigt bridé par la portion rétrécie, on ne peut par le toucher s'assurer jusqu'où remontent ces végétations. En combinant le toucher vaginal et rectal, on sent que la cloison recto-vaginale est épaissie, mais la muqueuse vaginale conserve sa souplesse et sa mobilité normales. Le doigt introduit jusqu'au fond du cul-de-sac postérieur sent le même épaississement mais moins accusé.

Le toucher rectal n'est pas très douloureux, mais provoque le besoin d'aller à la garde-robe. Lorsqu'on retire le doigt il s'écoule une quantité de muco-pus qu'on peut évaluer à un verre à liqueur.

Ajoutons que l'utérus petit, peu mobile, est en latéro-version droite, mais que depuis l'opération d'Alquié-Alexander subie par la malade en 1887 la rétroflexion ne s'est pas reproduite.

Si cette malade n'a pas suivi un traitement régulier pour le rétrécissement rectal dont elle souffre, c'est qu'après un court séjour à l'hôpital, dès qu'elle est améliorée elle demande à sortir.

OBSERVATION VI

Rectite chronique hypertrophique sténosante. Extirpation du rectum. Mort (Observation communiquée par M. Funck Brentano, interne des hôpitaux).

Mme Maria V..., 33 ans, blanchisseuse, entrée le 28 octobre 1895, à l'hôpital Beaujeon, dans le service de M. Lucas-Championnière, salle Laugier, lit n° 3.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

A l'âge de 18 ans la malade présenta au niveau de la grande lèvre gauche un petit bouton qui aurait suppuré. A 20 ans elle eut une grossesse à terme. L'enfant bien portant est actuellement âgé de 13 ans.

Pas de fausses couches.

La malade remarqua il y a une dizaine d'années que les matières étaient parfois striées de filets de sang. La défécation était douloureuse, elle éprouvait une sensation de pesanteur, de cuisson du côté du rectum. Elle attribuait ces troubles à de petites tumeurs péri-anales qu'elle croyait être des hémorroïdes. La malade habituellement constipée voit ses selles s'espacer de plus en plus. Elle passe 8 et 10 jours sans aller à la garde-robe et n'y va qu'en recourant aux purgatifs et aux lavements.

Dans l'intervalle des garde-robes écoulement de mucopus par l'anus.

Vers la mi-août 1895 la malade ressent dans le rectum une violente douleur qui la force à prendre le lit. Sous l'influence

d'un traitement calmant cette douleur sans disparaître complètement se calme, mais elle persistait lors de son entrée à l'hôpital. La constipation avait encore augmenté.

Le 29 octobre. — On examine la malade, elle est très affaiblie et accuse de violentes douleurs rectales, le ventre est ballonné.

On observe des vomissements. De loin en loin la malade expulse quelques matières liquides. Elle présente des symptômes d'occlusion intestinale. Par l'anus il y a écoulement constant de muco-pus.

Malgré ces troubles l'état général est relativement bon, la malade présente un certain embonpoint et s'alimente.

Sur tout le corps on relève une abondante éruption de syphillides papulo-érosives, mais la malade ne peut fournir de renseignements sur l'accident primitif.

La grande lèvre gauche est irrégulièrement hypertrophiée, saillante et indurée. Pas de ganglions appréciables.

A droite de l'anus on voit une tumeur allongée ferme, pédiculée, s'implantant dans le canal anal.

Au toucher la tonicité sphinctérienne est diminuée.

La muqueuse de la région sphinctérienne est normale.

L'index est arrêté à 3 centimètres de l'anus par une sorte de barrière transversale, au centre de laquelle on sent un petit orifice circulaire. Par cet orifice on peut introduire une bougie n° 14, et celle-ci une fois engagée on a la sensation qu'elle chemine dans un canal serré sur une certaine longueur. Le toucher vaginal indique une cloison recto-vaginale épaissie, indurée. Cette induration se prolonge sur toute la longueur de cette paroi et le doigt porté au fond du cul-de-sac postérieur ne peut sentir la limite supérieure de la tumeur.

Le 5 novembre 1895. — M. Championnière pratique l'extirpation du rétrécissement. Pour cela il incise tous les tissus selon la ligne ano-coccygienne et met à nu la face postérieure

du rectum qu'il isole difficilement, en la disséquant avec les doigts, des tissus environnants tant les adhérences sont nombreuses. On prolonge cette dissection aussi haut que l'index peut remonter et l'on ouvre même le cul-de-sac de Douglas. On passe alors des fils à travers les parois rectales et on attire ensuite le rectum en bas. L'abaissement est pénible et se fait mal, probablement à cause d'adhérences qu'on n'a pu rompre. On sectionne la portion rétrécie au-dessus des fils et au-dessus de la région sphinctérienne. Cela fait on suture les deux bouts mais l'anüs après suture se trouve fortement attiré en haut.

Les jours suivants l'état général de la malade demeure stationnaire, et comme il n'y a toujours pas expulsion des matières le 11 novembre on administre un purgatif.

Le soir du même jour, sans que la malade ait rien expulsé, elle ressent une violente douleur abdominale, suivie d'hypothermie, petitesse et irrégularité du pouls et elle meurt en collapsus.

L'autopsie ne peut être pratiquée. M. Championnière pense qu'il dût se produire une rupture du rectum et irruption des matières dans la cavité péritonéale.

OBSERVATION VII

Rectite chronique hypertrophique proliférante et sténosante. Fistule anale. Traitement spécifique.

M. Charles G..., 44 ans, employé, entré à l'hôpital Beaujon le 23 janvier 1896, dans le service de M. Th. Anger, assisté par M. Lejars, salle Gosselin, n° 1 bis.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

Dans les antécédents personnels on relève une fluxion de poi-

trine en 1891 dont le malade s'est parfaitement rétabli. Arthritisme très accusé. Le malade contracte la blennorrhagie pour la première fois à 20 ans, depuis cette époque il y a eu plusieurs récidives. En 1875 chancre induré du méat suivi bientôt de plaques muqueuses buccales. Le traitement spécifique est suivi régulièrement et il n'y aurait pas eu d'autres manifestations syphilitiques. Impossible de retrouver des rapports contre nature.

Il y a environ quatre ans le malade remarque qu la défécation s'accompagne d'un écoulement anal de muco-pus. De temps à autres fausses envies et expulsion de quelques glaires seulement. Dans l'intervalle des garde-robes il persiste un petit suintement qui tache le linge du malade. Toutefois la défécation n'est pas douloureuse, et il n'y a pas non plus de douleurs spontanées. Quelques mois plus tard une petite tumeur dure, mobile, apparaît à gauche de l'anus.

Il y a trois ans, le malade est soigné pour une fistule anale, mais le médecin qui lui donna des soins à cette époque ne paraît pas avoir constaté de rétrécissement du rectum. L'écoulement muco-purulent persiste et au dire du malade une fistule n'était pas plus tôt fermée qu'il en apparaissait une autre.

Il y a dix-huit mois qu'il ressent une sensation de gêne, de pesanteur du côté du rectum, sensation parfois si pénible, surtout à la suite de la marche, que le malade doit interrompre parfois son travail. La situation assise pour si peu qu'elle se prolonge devient douloureuse.

Il y a huit mois, le malade remarque que la défécation exige des efforts assez longs, que les matières sont diminuées de calibre, paraissent passées à la filière. Toutefois les garde-robes ne sont pas douloureuses et grâce aux laxatifs (pilules de cascara sagrada) le malade va tous les jours à la garde-robe. Par contre, l'écoulement anal devient beaucoup plus abondant dans l'intervalle des garde-robes.

Examen le 23 janvier 1896. — L'état général est bon, l'appétit et les forces conservés, mais au dire du malade il aurait beaucoup maigri depuis cinq ou six mois. La défécation n'est pas douloureuse et le malade va à la selle tous les jours, les matières diminuées de calibre sont recouvertes de muco-pus. Le malade entre à l'hôpital à cause de l'écoulement anal constant qui a augmenté ces temps derniers et qu'il attribue à une fistule.

A l'examen, on relève autour de l'anus, une série de végétations, rosées, fermes au toucher, implantées par un large pédicule. La plus grosse de ces végétations, du volume d'une noisette, siège à gauche. Un peu en avant et en dehors d'elle on relève une saillie en cul de poule du diamètre d'une lentille avec une perforation centrale. Un stylet introduit par cet orifice glisse en arrière et en dedans et un doigt introduit dans le rectum sent l'extrémité libre du stylet dans l'ampoule rectale. Au pourtour de l'anus, il existe deux autres orifices fistuleux mais il est impossible avec le stylet de découvrir leur trajet. La région elle-même, recouverte de muco-pus, est le siège d'un érythème.

A deux doigts de la rainure interfessière, on relève sur la fesse droite trois petites tumeurs papillomateuses, du diamètre d'une lentille. Une de ces végétations est pédiculée. Au toucher, on relève un certain degré de contracture des sphincters. La muqueuse de la région sphinctérienne est plissée, sèche, légèrement râpeuse, la plus marquée de ces saillies longitudinales prolonge le pédicule de la tumeur que nous avons signalé à gauche de l'anus. A 3 centimètres de l'orifice anal le doigt sent un rétrécissement annulaire inextensible au niveau duquel la muqueuse a conservé en partie sa mobilité mais qui ne présente pas en ce point sa souplesse et son velouté normaux. La portion rétrécie admet parfaitement l'extrémité de l'index, et le

doigt arrive ensuite dans l'ampoule rectale, dilatée. Au niveau de la paroi antérieure de celle-ci on sent de petites végétations dures, cornées, du volume d'un grain de chènevis.

Le toucher n'est pas douloureux, le doigt ramène du mucus, mais il n'y a pas d'écoulement de sang.

Au niveau de la racine du scrotum en arrière et à gauche on sent une tumeur dure, non douloureuse à la pression, indépendante des téguments qui à ce niveau, ont leur aspect normal. Cette tumeur se prolonge en haut et en arrière et semble aller s'attacher vers le bulbe de l'urèthre.

Le testicule gauche est augmenté de volume, légèrement aplati et moins sensible à la pression que normalement. L'épididyme est tuméfié au niveau de la tête et du corps, mais on ne relève ni nodosités ni indurations limitées. Le cordon paraît normal.

M. Lejars fait le diagnostic de *rétrécissement du rectum avec fistules et de gommescrotale*, le malade est soumis au traitement mixte (frictions mercurielles et iodure de potassium).

16 février 1896. — Le malade dit que le calibre des matières qu'il expulse a augmenté, la défécation est toujours régulière et a lieu sans douleur, mais l'écoulement de mucus persiste.

L'érythème anal est moins accusé que lors de l'entrée, les végétations péri-anales se sont affaïssées un peu. Au toucher, la muqueuse de la région sphinctérienne nous a paru plus souple, mais l'anneau rétréci, inextensible, présente à peu près les mêmes caractères, peut-être est-il un peu moins serré, par suite de la diminution des phénomènes inflammatoires existant lors de l'entrée du malade à l'hôpital.

La tumeur scrotale a peu diminué de volume mais actuellement on peut distinguer comme deux lobes isolés au niveau de l'extrémité libre, l'un du volume de la dernière phalange du petit doigt, l'autre du volume d'un crayon.

L'état général est excellent et le malade se plaint seulement de l'écoulement anal.

OBSERVATION VIII

Rectite chronique hypertrophique, proliférante et sténosante (Observation communiquée par M. Descazals, interne des hôpitaux).

Mme M. M..., 38 ans., journalière, entrée à l'hôpital Tenon le 3 décembre 1895, salle Delessert, n° 12.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

La malade aurait eu deux fois la fièvre typhoïde à 10 et 22 ans. A l'interrogatoire le plus minutieux, impossible de retrouver la syphilis, le mari ne paraît pas non plus avoir présenté d'accidents spécifiques, d'après ce que raconte la malade il serait bien portant.

Il y a eu trois grossesses à terme et jamais de fausses couches. L'aînée, une fille âgée actuellement de 12 ans, est bien portante, le second est mort du croup en bas âge. La dernière grossesse remonte à 1889, l'enfant vint au monde chétif et serait mort à trois mois. Il aurait présenté sur tous le corps une éruption sur la nature de laquelle il est impossible d'avoir des renseignements précis. La mère, dit que l'enfant présenta des gercures au niveau des commissures labiales et qu'il eut du coryza. D'après ces symptômes il est juste de se demander si cet enfant n'avait pas une syphilis héréditaire, mais cette opinion ne cadre pas avec ce que la malade nous apprend d'elle et de son mari.

Il y a trois ans, la malade remarque que la défécation est douloureuse et qu'elle s'accompagne d'un écoulement tantôt san-

guin, tantôt muco-purulent. Elle éprouve des élancements du côté du rectum et a souvent de fausses envies, accompagnées d'expulsion d'un peu de pus et de sang. A la même époque, elle remarque au niveau de l'anus, de petites tumeurs qu'elle croit être des hémorroïdes et auxquelles elle rapporte les troubles ressentis. Un an plus tard la constipation habituelle à la malade s'accuse et elle ne va à la garde-robe que grâce aux purgatifs et aux lavements, les matières qu'elle rend sont ovillées ou rubanées. L'écoulement anal de muco-pus ou de sang qui accompagnait les garde-robes et qui était réduit à un faible suintement irrégulier dans l'intervalle, augmente et devient continu. Les selles deviennent très pénibles et s'accompagnent d'irradiations douloureuses dans tout le ventre. Il survient des troubles dyspeptiques, la malade maigrit et perd ses forces.

Examen le 7 décembre 1895. — Il existe tout autour de l'anus une série de tumeurs sous forme de frange mesurant de 1 centimètre à 1 cent. 5 de longueur. Leur aspect est rosé, elles sont sèches, fermes au toucher, irréductibles et indolentes.

Le toucher est excessivement douloureux et montre qu'il y a contracture des sphincters. La muqueuse de la portion sphinctérienne a perdu son velouté, mais elle est mobile et souple. A 3 centimètres de l'anus, le doigt s'engage dans un canal infundibuliforme à paroi rigides, inextensibles. La muqueuse qui tapisse ce canal présente une série de petites saillies, dures, cornées, qui lui donnent une consistance grenue. Ces végétations sont surtout nombreuses sur la paroi postérieure du canal. Avec le doigt on ne peut sentir la limite supérieure du rétrécissement.

Un index dans le vagin, l'autre dans le rectum, on sent la cloison recto-vaginale épaissie, mais la muqueuse vaginale possède sa souplesse et sa mobilité normales.

Le doigt porté au fond du cul-de-sac postérieur, on ne perçoit

pas la limite supérieure de l'induration rectale mais on sent que l'intestin est rempli de scybales.

M. Poirier propose l'extirpation du rectum à la malade mais la veille de l'intervention elle quitte l'hôpital.

La malade est revue le 5 janvier 1896, elle souffre toujours, ne va à la selle que grâce aux purgatifs et aux lavements. Ecoulement anal constant. Elle nous paraît encore plus anémique et plus fatiguée.

OBSERVATION IX

Rectite chronique hypertrophique, *proliférante*. Extirpation du rectum. Amélioration. Examen histologique.

M. Louis S..., 37 ans, cocher, entré à l'hôpital Laënnec, le 4 septembre 1895, dans le service de M. Nicaise, assisté par M. Delbet, salle Malgaigne, lit n° 39.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Le malade raconte qu'à l'âge de 2 à 4 ans, il n'allait à la garde-robe qu'en diarrhée. A 15 ans, abcès suppuré de l'aisselle droite qui aurait percé spontanément. A 18 ans, abcès suppuré de l'aîne droite, incisé par M. Lannelongue de Bordeaux. Le malade affirme n'avoir présenté à cette époque, ni chancre, ni blennorrhagie.

En 1885, à trois reprises, il aurait eu de petites ulcérations du sillon balano-préputial, au voisinage du frein. Ces ulcérations survenaient immédiatement après les rapports avec la même femme, le malade les cautérisait avec un crayon de nitrate d'ar-

gent. A ce niveau, on relève actuellement de petites cicatrices pigmentaires. En dehors de ces ulcérations, le malade n'a jamais présenté de manifestations qui puissent faire penser à la syphilis. Il nie tout rapport contre nature.

En décembre 1887, le malade ressent de violentes cuissons au niveau de l'anus et remarque que les matières sont mélangées de sang. A quelque temps de là, il remarque que son linge est constamment souillé par un liquide muco-sanguinolent. Lorsqu'il va à la selle, les matières sont recouvertes de muco-pus. La défécation n'est toutefois, ni plus difficile, ni plus douloureuse qu'auparavant, il y a seulement des envies fréquentes, avec expulsion de glaires.

En septembre 1888, durant les 28 jours qu'il fait dans les dragons, le malade eut un petit abcès de la région interfessière gauche. Cet abcès s'ulcéra et donna issue à une certaine quantité de liquide muco-sanguinolent. Cet écoulement persista quelque temps et au dire du malade il était augmenté par les efforts de la défécation. Un peu plus tard, le malade constatait à gauche de l'anus, s'implantant dans le canal anal, une tumeur ferme, indolente, irréductible, qu'il compare comme longueur et comme volume aux deux premières phalanges de l'index. En même temps, l'écoulement anal augmentait, les selles s'espaciaient, n'avaient lieu que tous les cinq à six jours en diarrhée. Il consulte, à ce moment, M. de Chapelle de Bordeaux, qui, au dire du malade, aurait fait le diagnostic de fistule anale et d'hémorrhoïdes et ordonné de l'iodure de potassium.

Les troubles de la défécation s'accroissant, le malade entre en mars 1889, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Le Dentu. Ce chirurgien aurait fait le diagnostic de condylome, aurait excisé la tumeur dont nous avons parlé et prescrit le traitement spécifique (frictions mercurielles et iodure de potassium). Lorsque le malade quitta l'hôpital, au bout de six semaines,

l'écoulement anal persistait et à son dire, il présentait au niveau de l'anus, et à droite, une tumeur semblable à celle qu'on avait extirpé à gauche, mais un peu moins grosse. Depuis cette époque, le malade a continué de travailler en prenant seulement des mesures de propreté. Il était surtout incommodé par l'écoulement anal constant. La station assise qu'exige sa profession était souvent très douloureuse, les selles n'avaient lieu que tous les cinq à six jours, constamment en diarrhée et après de longs efforts. La défécation n'a jamais été douloureuse.

Ces symptômes sont aggravés par l'apparition de troubles dyspeptiques, le malade maigrit, s'affaiblit et se décide à entrer de nouveau à l'hôpital.

Le 5 septembre 1895. — On constate autour de l'anus un nombre considérable de tumeurs masquant cet orifice. Ces tumeurs rosées, du volume d'un pois en moyenne, sont fermes au toucher, irréductibles. A gauche, on relève une tumeur du volume d'une noix, dont la surface interne est ulcérée, saignante, fongueuse. Cette ulcération repose sur un tissu induré et la tumeur dans son ensemble rappelle l'aspect de l'épithélioma. Le toucher rectal est très douloureux. L'index pénètre dans l'anus, mais en frottant et aussi loin que le doigt peut atteindre, on sent que la surface du canal ano-rectal est couverte de végétations de volume variable. Les unes sont du volume d'un pois, les autres d'un grain de chènevis, certaines sont péliculées, les autres sessiles. Toutes présentent une consistance cornée, ne se laissant pas entamer par l'ongle. Le doigt serré par toutes ces saillies éprouve une sensation de dureté, de rudesse, toute particulière. Le doigt ne peut sentir en aucun point la muqueuse sur laquelle s'implantent ces végétations à cause de leur confluence, les plus petites comblant les espaces situées entre la base d'implantation des plus volumineuses. Toutefois, on peut s'assurer que ces végétations reposent sur un plan relativement mobile.

Il y a obstruction du canal ano-rectal par ces végétations plutôt que rétrécissement véritable.

Le toucher est douloureux mais ne provoque pas d'écoulement de sang, le doigt revient chargé de muco-pus.

Le 18 septembre 1895. — M. Delbet procède à l'extirpation du rectum par la voie périnéale. Le sphincter est sectionné sur la ligne médiane postérieure, et on cherche à conserver le plus possible de fibres musculaires. Le rectum libéré est réséqué sur une hauteur de 8 centimètres, et le bout supérieur présentant une muqueuse saine à cette hauteur est suturé à la peau de la région anale. En arrière, on rapproche avec soin les deux extrémités des sphincters sectionnés.

Le 23 décembre 1895, la plaie résultant de l'intervention est presque entièrement cicatrisée. En arrière de l'anus, il persiste à droite et à gauche un espace grand comme une pièce de 1 franc non épidermisé.

Le malade va régulièrement à la garde-robe, contient parfaitement les matières et les gaz. Il accuse seulement un léger suintement de muco-pus dans l'intervalle des garde-robes, de plus la station assise est douloureuse. Au toucher, les deux premières phalanges de l'index pénètrent seules dans le canal anal. La muqueuse qui le tapisse présente les caractères normaux. L'extrémité du doigt arrive dans une portion dilatée.

Le malade quitte l'hôpital le 5 janvier 1896. Il a été revu le 26 janvier, les selles sont régulières, nullement douloureuses, la continence des matières est parfaite et la douleur à la station assise a disparu. Ce malade, un peu hypochondriaque, prétend seulement que durant les selles, il sort des matières et un peu de pus en un point éloigné de l'anus. Cela est absolument impossible, car, au point qu'il indique, il n'existe aucune fistule. Le canal anal est manifestement rétréci, il admet l'index jusqu'à

mi-hauteur de la première phalange, et on sent que les sphincters n'ont pas leur tonicité normale.

Le malade perd un peu de pus par l'anus après les garde-robes.

Examen histologique par M. Delbet. — Une coupe verticale pratiquée au niveau d'une des végétations implantées à l'extrémité inférieure du canal anal, montre les lésions suivantes en allant de bas en haut.

A la partie la plus voisine de la peau, on remarque un épithélium présentant le type malpighien complet avec kératinisation. En remontant vers le rectum, l'épithélium demeure pavimenteux, stratifié, mais devient de plus en plus mince tout en conservant le type malpighien. Plus haut, la couche cornée persiste de même épaisseur, tandis que le corps muqueux de Malpighi est réduit à un seul rang de cellules. La couche cornée se décolle ensuite et ne peut plus être suivie. Dans tous les points de la préparation où existent des débris épithéliaux, ils sont pavimenteux, toutefois à la partie supérieure de la coupe, ils manquent en beaucoup d'endroits.

Au-dessous de l'épithélium, on remarque des papilles hypertrophiées, formées par de rares fibres conjonctives dissociées par une abondante infiltration de cellules rondes.

On y relève de larges fentes lymphatiques mais pas de vaisseaux nettement organisés. Vers la base des papilles, la structure devient nettement fibreuse avec infiltration embryonnaire diffuse toujours très marquée. En certains points, les éléments embryonnaires se groupent en nodules sans limites précises.

Dans toute l'étendue de la préparation, on n'a noté que l'existence d'une petite artère dont la tunique interne paraît légèrement épaissie, sans infiltration péri-vasculaire.

Une deuxième végétation implantée par une large base vers la

partie supérieure du canal ano-rectal, présente un revêtement épithélial pavimenteux stratifié, manquant en certains points. Le centre de la végétation est formée, par une abondante infiltration embryonnaire diffuse, avec certains points mal colorés comme s'il y avait un commencement de dégénérescence. Sur un plan plus profond on observe des travées de tissu fibreux très dense avec de larges fentes lymphatiques dans l'intervalle des faisceaux. Ce qui frappe c'est la pauvreté de la couche sous-muqueuse en vaisseaux sanguins. On arrive ensuite sur la tunique musculaire qui ne présente pas d'altérations. Les vaisseaux de cette couche, artères et veines, sont normaux.

CONCLUSIONS

I. — La rectite chronique hypertrophique présente trois variétés. Elle peut être : proliférante, sténosante, ou proliférante et sténosante à la fois. Cette dernière variété correspond au rétrécissement dit syphilitique du rectum.

II. — Les trois formes de rectite chronique hypertrophique résultent d'une inflammation chronique des parois rectales reconnaissant des causes variées : tuberculose, pédérastie, blennorrhagie, syphilis.... Mais la rectite qui précède constamment l'hypertrophie des parois n'a pas de caractères spécifiques.

III. — Les lésions de la rectite chronique hypertrophique siègent à la partie inférieure de l'intestin, exceptionnellement elles remontent très haut.

IV. — Dans la majorité des cas (10 fois sur 11) les variétés proliférante et sténosante coexistent. Les altérations histologiques sont à peu près identiques au niveau des végétations et du rétrécissement.

V. — La rectite chronique hypertrophique est de nature inflammatoire dans le plus grand nombre de cas, de nature tuberculeuse dans quelques autres ; il n'existe aucune preuve absolue en faveur de la nature syphilitique de la maladie.

VI. — Les caractères objectifs de cette affection varient avec la forme prise par la maladie, mais les symptômes fonctionnels sont les mêmes, et l'évolution est fatalement progressive.

VII. — Le diagnostic de la rectite chronique hypertrophique est généralement facile, mais la variété proliférante et sténosante peut donner lieu à des confusions. Au point de vue objectif il est impossible de reconnaître la nature de la maladie.

VIII. — Le traitement médical est absolument impuisant.

IX. — L'extirpation est le traitement chirurgical de choix. Il faut s'attacher à conserver les sphincters autant que faire se peut.

1° Dans la forme proliférante :

(a) Si les végétations siègent à la partie inférieure du canal ano-rectal, l'extirpation des tumeurs avec ou sans excision de la muqueuse est indiquée.

(b) Si les végétations remontent haut dans l'intestin, qu'elles soient nombreuses et volumineuses, l'extirpation du rectum est autorisée.

2° Dans les formes sténosante, et proliférante et sténosante à la fois :

(a) L'extirpation du rectum est le procédé de choix, bien qu'elle s'accompagne rarement d'une guérison radicale.

(b) La rectotomie linéaire trouve ses indications dans les cas d'inflammation et de suppuration péri-rectales.

(c) La colotomie iliaque est une opération palliative et ne doit être qu'une intervention exceptionnelle et préparatoire.

(d) La dilatation progressive soulage certains malades mais ne les guérit pas. Elle constitue un adjuvant utile après la rectotomie ou l'extirpation, lorsque le rétrécissement a de la tendance à se reproduire.

Vu : le Président de la thèse,
DUPLAY

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- ALBESCO. — De la rectotomie postérieure préliminaire. Th. Doct. Paris, 1887-88.
- ALLINGHAM. — Fistula and hemorrhoids, 4^e éd., 1882. Diseases of the rectum, 1888.
- BALL. — The rectum and anus. London 1887.
- BALLANCE. — Lancet London 1883. Tome I.
- BAUDOIN. — Antisepsie rectale. Progrès méd., 30 avril 1890, p. 167.
- BELLET. — Dissert. sur les squirrhosités et le rétrécissement de l'intestin, du rectum et de l'anus, 23 ventôse an XII (1805).
- BERGER. — Rétrécissement syphilitique du rectum. Semaine méd., 29 nov. 1883, page 333.
- BLONDEAU. — Arch. gén. méd., 1866. Tome I, page 501.
- BUREN. — Lectures upon diseases of the rectum. London, 1881.
- CASTEX. — Rétrécissements dysentériques du rectum. France méd., 9 et 12 févr. 1889, pages 1893 et 216.
- CORNIL. — Leçons sur la syphilis tertiaire. Paris, 1878.
- Artérite syphilitique. Journal des connaissances médicales, 11 février 1886, page 41.
- CORNIL et RANVIER. — Histologie pathologique. Tome I.

COSTALLAT. — Essai sur un nouveau mode de dilatation. Paris, 1834.

CRÉDÉ. — Die Behandlung der narbigen Mastdarminverengerungen. Arch. f. klin. chir., 1892, page 175.

DESAULT. — Mémoire sur les squirrosités du rectum. Œuvres chirurgicales. Tome II.

D'ESPRÈS. — Chirurgie journalière. Paris, 1877.

— Chancres phagédéniques du rectum. Arch. gén. méd., Mars 1868, page 256.

— Discussion sur les rétrécissements du rectum. Bull. Soc. chir. 12 février 1873, page 49.

DELBET et MOUCHET. — Rectite proliférante et sténosante. Arch. Gén. méd., nov. et déc. 1893, page 513 et 668.

DIONIS. — Cours d'opérations de chirurgie. Paris, 1750.

DUJOL. — Rétrécissement du rectum. Bull. Soc. anat., 10 déc. 1875, page 784.

DUPLAY. — Des rétrécissements du rectum et en particulier du rétrécissement syphilitique. Sem. méd., 23 nov. 1893 page 461.

— Nature des rétrécissements du rectum. Journal des praticiens, 26 sept. 1894, page 291.

FORT. — Electrolyse linéaire et rétrécissements du rectum. Gaz. des hôp., 26 sept. 1889, page 995.

FOURNIER. — Lésions tertiaires de l'anus et du rectum. Paris, 1875. Collect. in-8°. Tome 475.

GAURAN. — Rétrécissements syphilitiques du rectum. Th. Doct. Lyon. 1892-93.

GIRODE. — Examen histologique et bactériologique d'un rétrécissement du rectum. Bull. Soc. chir., 25 fév. 1891, page 140.

GOSSELIN. — Recherches sur les rétrécissements syphilitiques du rectum. Arch. gén. méd., décembre 1854, page

666. Polype granulo-papillaire. Cliniques de la Charité. Tome III, page 330. Dict. méd. et chir. pratiques, 1881. Article : rectum.
- GUÉRIN. — Discussion sur les rétrécissements du rectum. Bull. soc. chir., 22 janvier 1873, page 14.
- HAHN. — Zur behandlung der syphilitischen mastdarmulcerationenn die colotomie. Arch. f. klin. chir., 1883, page 385.
- HAMONIC. — Rectite proliférante vénérienne et non vénérienne. Th. Doct., Paris, 1885.
- HARTMANN. — Ablation des rétrécissements du rectum par les voies naturelles. 7^e congrès chir. Paris, 1893. Tuberculose verruqueuse de l'anus. Congrès de la tuberculose. Paris, 1893, page 509.
- HARTMANN et PILLIET. — Typhlite tuberculeuse. Bull. soc. anat. 31 juillet 1891, page 471.
- HARTMANN et TOUPET. — Anatomie pathologique du rétrécissement du rectum. Bull. soc. anat., 28 décembre 1894, page 993.
- HUDELO. — Artérites syphilitiques. Gaz. hebdomadaire, 19 août 1893, page 388.
- HULCK. — A group of cases of diseases of the rectum. Med. Times and Gazette, 1879. Tome I.
- JACQUINOT. — Contribution à l'étude et au traitement des rétrécissements vénériens du rectum. Th. Doct., Paris, 1889-1890.
- KELSEY. — Diseases of the rectum and anus, London, 1884.
- LACHOWSKI. — Résultats immédiats ou éloignés des divers modes de traitement du rétrécissement dit syphilitique du rectum. Th. Doct. Paris, 1894-1895.
- LANCEREAUX. — Traité histologique et pratique de la syphilis.
- LAUGIER. — Dict. en 30 vol. Tome 27, art. rectum.

- LE DENTU. — Traitement du syphilome ano-rectal par l'anusc artificiel temporaire. Sem. méd., 4 août 1889, page 344. Rétrécissement du rectum. Gaz. des hôp., 9 nov. 1875, page 1044. Rétrécissement fibreux du colon. Bull. acad. méd., 28 juillet 1891, page 164.
- LEFORT. — Rétrécissement du rectum guéri par l'électrolyse. Gaz des hôp., 8 mars 1873, page 221.
- MALASSEZ. — Discussion sur la nature des rétrécissements du rectum. Bull. soc. anat., juillet 1872, page 329.
- MARFAN et TOUPET. — Contribution à l'étude histologique des gommes syphilitiques et des lésions tertiaires en général. Ann. dermat. et syph., 1890, 3^e série, page 637.
- MAURIAC. — Artériopathies syphilitiques. Arch. gén. méd., mai et juin 1889, pages 513 et 683.
- MATHEWS. — A treatise on diseases of the rectum and anus, 1883, tome II.
- MELVILLE, WASSERMANN et HALLÉ. — Histologie de deux cas de rétrécissements blennorrhagiques de l'urèthre. Bull. Soc. anat., 30 janvier 1891, p. 76.
- MOLLIÈRE. — Traité des maladies du rectum et de l'anusc. Paris, 1877.
- MORGAGNI. — De sedibus et causis morborum. Trad. Franç. de Destouet, lettre 32.
- MORESTIN. — Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée. Th. Doct., Paris, 1894.
- NÉLATON. — Pathol. chir., tome V.
- NEWMAN. — Electrolysis in the treatment of stricture of the rectum. Journal, Amer. med. assoc., Chicago 17 mai 1890, tome I, page 701.
- ÖETTINGER. — Arténite syphilitique. Traité méd. Tome V.
- PANAS. — Rectotomie externe. Bull. soc. chir., 30 nov. 1872, page 537.

- PANAS et VALTAT. — Histologie du rétréc. du rectum. Bull. soc. chir., 18 déc. 1872, page 573.
- PÉAN. — Leçons de clinique chirurg., tome VIII.
- PÉAN et MALASSEZ. — Etude clinique des ulcérations anales. Paris, 1871.
- PERCEAU. — Etude sur le chancre syphilitique du rectum. Th. Doct., Paris, 1893-1894.
- PERRET. — Rétrécissements inflammatoires du rectum. Th. Doct., Paris, 1855.
- PINAULT. — Dissert. sur le cancer du rectum. Th. Doct. Paris, 1829.
- PINGUET. — Rétrécissements fibreux du rectum. Th. Doct., Paris, 1873.
- PÖLCHEN. — Arch. f. path. Anat. u. phy., Berlin, 1882, tome 127.
- POTAIN. — Rétrécissements syphilitiques de l'œsophage. Sem. méd., 29 juin 1887, page 261.
- POTHERAT. — Traité de chirurgie, tome VII.
- PRENGRUEBER. — Diagnostic et traitement du rétrécissement du rectum. Bull. méd., 9 déc. 1888, page 1611.
- QUÉNU et HARTMANN. — Chirurgie du rectum. Paris, 1895.
- QUÉNU. — Extirpation du rectum. Bull. Soc. chir., 18 et 25 février 1895, page 134 et 153.
- RECLUS. — Molluscum fibreux et syphilome ano-rectal. Arch. gén. méd., sept. 1885, page 271.
- RICHELOT. — Extirpation du rectum. Bull. Soc. chir., 18 et 25 février 1891, pages 134 et 153.
- ROGNETTA. — Des verrues de l'intestin rectum. Gaz. méd. de Paris, juin 1834, page 385.
- ROUTIER et TOUPET. — Tuberculose verruqueuse de l'anus. Congrès de la tuberculose. Paris 1893, page 506.
- SAURI RICARDO. — Etude sur les rétr. fibreux du rectum. Th. Doct., Paris, 1868.

- SCHWARTZ. — Rétrécissement du rectum traité par la rectoplastie. Presse méd., 22 septembre 1894, page 301.
- SOURDILLE. — Rétr. tuberculeux du rectum. Bull. Soc. Anat., 28 décembre 1894, page 996 et Arch. gén. méd., mai, juin, juillet 1895.
- TERRIER. — Extirpation du rectum. Bull. Soc. chir., 18 février 1891, page 147.
- THOINOT. — Artérite syphilitique. Manuel de médecine tome, II.
- TILLAUX. — Clin. chirur., tome II, Paris 1891.
- Rétrécissement du rectum de cause probablement tuberculeuse. Médecine moderne, 12 mai 1894, page 594.
- TISON. — Nouvelles considérations sur la rectotomie linéaire. Th. Doct., Paris, 1878.
- TRÉLAT. — Clin. chir., tome II, Paris, 1891.
- Discussion sur les retr. du rectum. Bull. Soc. chir., 18 décembre 1872, page 572 et 22 janvier 1873, p. 12.
- TRÉLAT et DELENS. — Dict. des sciences méd. Art. rectum.
- VERNEUIL. — Traitement des retr. du rectum par la rectotomie verticale. Bull. Soc. chir., 16 octobre 1872, page 447.
- Discussion sur les retr. du rectum. Bull. Soc. chir., 22 janvier 1873, page 11.
- Gommès de l'anus. Gaz. hôp., 26 février 1888, page 202 et Mémoires de chir., tome V, page 611.
- Syphilome périnéo-ano-rectal. Bull. Acad. méd., 4 décembre 1894, page 520.
- VIDAL DE CASSIS. — Pathologie externe, tome IV.
- ZAPPULA. — Uno raro caso di stringimento del r tto per causa syphilitica. Ann. univ. di med. Milan 1870, tome 213.

